Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. O. SCHRAPPE

DEPRESSIVE SYNDROME IM KINDES - UND JUGENDALTER

Beitrag zur Begriffsklärung und Differenzierung nach nosologischen, symptomatologischen und verlaufstypischen Gesichtspunkten sowie Fragen der Altersabhängigkeit

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Gertrud Weiermann
aus
Würzburg

Würzburg, den 4. Juli 1980

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543519_0001

Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. O. SCHRAPPE

DEPRESSIVE SYNDROME IM KINDES - UND JUGENDALTER

Beitrag zur Begriffsklärung und Differenzierung nach nosologischen, symptomatologischen und verlaufstypischen Gesichtspunkten sowie Fragen der Altersabhängigkeit

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Gertrud Weiermann
aus
Würzburg

Würzburg, den 4. Juli 1980

Referent: Prof. Dr. med. E. G e i s l e r

Korreferent: Prof. Dr. med. O. S c h r a p p e

Dekan: Prof. Dr. med. K.-H. W u l f

Tag der Promotion: 20. Januar 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Meinen Eltern und Geschwistern
in Dankbarkeit

INHALTSVERZEICHNIS

A. Problemstellung und Arbeitsweise S. 1

B. Literaturübersicht S. 3

I Zur Geschichte der Depressionsforschung S. 3

II Häufigkeit depressiver Zustände S. 8

III Bestimmung und Problematik der Begriffe "Depression" und "depressives Syndrom" S. 10

IV Zur gegenwärtigen Unterteilung des depressiven Syndroms S. 20

1 Nosologische Differenzierung S. 22

1.1 Nicht endogene depressive Syndrome S. 22

1.1.a Depressive Reaktion und reaktive Depression S. 22

1.1.b Depressive Neurose S. 24

1.1.c Ananklitische Depression S. 30

1.1.d Depressive Position und introjektive Depression S. 33

1.1.e Depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörung S. 34

1.1.f Depressive Persönlichkeitsstörungen S. 37

1.2 Endogene Depression S. 37

1.3 Depressionen bei Schizophrenie S. 47

1.4 Symptomatische Depressionen S. 48

V Differentialdiagnostische Überlegungen S. 49

VI Beziehungsmodelle zwischen Neurosen und Psychosen S. 53

VII Das Problem pathoplastischer Altersfaktoren S. 55

VIII Phänomenologisch - syndromale Einteilung S. 63

C. Kasuistik S. 67

I Häufigkeiten und Arbeitsweise S. 67

II Kindesalter bis zum 10. Lebensjahr S. 69

1. Depressive Zustände mit endogenen und reaktiven Anteilen, Pat.(1)-(10) S. 69

2. Diskussion der Befunde im Kindesalter S. 77

III Präpubertät vom 11. bis zum 14. Lebensjahr S. 81
1.a Unipolare endogene Depressionen S. 81
Pat.(11)
1.b Manisch - depressive Erkrankungen S. 83
Pat.(12) - (14)
1.c Depressionen mit endogener Beteiligung S. 88
bei Beziehungen zu Entwicklungskrisen
Pat.(15),(16)
1.d Depressive Störungen im Alter von S. 92
10 bis 14 Jahren Pat.(17) - (22)
2. Diskussion der Befunde S. 93
in der Präpubertät

IV Pubertät vom 15. bis zum 19. Lebensjahr S. 99
1.a Unipolare endogene Depressionen S. 99
Pat.(23) - (29)
1.b Manisch - depressive Erkrankungen S. 104
in der Pubertät,Pat.(30) - (36)
1.c Endogene Depressionen mit reaktiven S. 113
Zuflüssen,Pat.(37) - (42)
1.d Depressive Störungen im Alter von S. 118
14 bis 18 Jahren, Pat.(43) - (58)
2. Diskussion der Befunde in der Pubertät S. 124

V Pathogenetische und symptomatologische S. 139
Gesichtspunkte depressiver Syndrome im
Kindes- und Jugendalter
1. Manifestation und Häufigkeit S. 139
2. Endogene und exogene Belastungen S. 140
3. Prämorbide Persönlichkeitsstruktur S. 145
4. Erscheinungsbild und Verlauf S. 148
der depressiven Erkrankung
5. Möglichkeiten der Therapie S. 154
6. Überlegungen zur Prognose S. 160

D. Zusammenfassung S. 165

A. Problemstellung und Arbeitsweise

Die Fähigkeit, depressiv zu erleben und zu reagieren ist nicht nur ein psychopathologisches Phänomen, sondern gehört zum Menschsein überhaupt. In allen seelischen Bereichen gibt es die Möglichkeit zur depressiven Gestimmtheit.

Existentialisten verbinden sie mit der Angst und verstehen sie wie diese als Grundproblem des Menschen,das sich in der Konfrontation mit der Daseinsproblematik stellt. Dem existentiellen Vakuum des modernen Menschen (FRANKL)entspricht eine depressive Grundbefindlichkeit. Sie kann den Menschen so in einem depressiv bestimmten Subjektzentrismus befangen halten,"daß der Mensch innerhalb der Zeit hinter seiner eigenen Vollendung zurückbleibt" (v.GEBSATTEL).

Psychosoziale und psychoanalytische Betrachtungen verweisen auf den "archaischen Unterton" (JUNG) der Depressivität und auf den negativen Bezug zur Welt, dessen Abhängigkeit vom menschlichen Miteinander besonders in der Entwicklungs- und Reifezeit dargestellt wird. Die depressive Lebenshaltung wird für sie an zwischenmenschlichen Kommunikationsmustern, z.B. an reduzierter Toleranzfähigkeit in der Konfliktbewältigung transparent.

Bei allen Versuchen, das Wesen der Depressivität und ihre Auswirkungen zu erhellen, geht es nicht allein um die "psychosoziale Dimension"(VOELKEL) der Schwermut, d.h. um die Normalität ihres Auftretens nach belastenden Ereignissen. Es geht vielmehr um die "Disfunktionalität der psychopathologischen Dimension"(VOELKEL) der Krankheit Depression. Ebenso müssen jedoch die einfacheren depressiven Zustände, besonders in Kindheit und Jugend als Warnzeichen einer tiefergreifenden Persönlichkeitsstörung beachtet werden. Sie können sich zu einer späteren Krankheit ausweiten.

> "Selbst demjenigen, der hierbei selektiert psychosoziale Kausalbeziehungen vermutet oder sehen will, dürfte die Risikonähe des vollendeten Suizids,

damit die Endgültigkeit eines gelebten Da- und Soseins, mithin die Lokalisation der Depression in einer Grenzsituation menschlicher Existenz betroffen und beklommen machen" (VOELKEL).

In der Kindheit und Jugend ist die Diagnose einer Depression mit großen theoretischen und methodischen Schwierigkeiten verbunden. "Das Kind ist nicht vollsinnig wie der Erwachsene" (EMMINGHAUS 1887). Nicht nur, daß es in seiner Befindlichkeit als psycho - physische Einheit stärker somatisch reagiert, es ist auch in seinem inneren Erleben wesentlich stärker auf äußere Situationen hin bezogen. Objektbeziehung und Wahrnehmungsstruktur sind durch die Entwicklung bestimmt. Von daher resultiert eine dem Alter entsprechende Situationspathologie, ein sich vom Erwachsenen unterscheidendes Wirksamwerden pathogener Faktoren im kindlichen und jugendlichen Erleben.

Vertrat man früher die Meinung, Depressionen, auch im Kindes- und Jugendalter stellten ein relativ einheitliches Krankheitsbild dar, so erweist es sich heute, daß sie in ihrem Erscheinungsbild und in ihren Gesetzmäßigkeiten nicht weniger unverstanden und vielfältig sind, als die durch ihre schillernde Symptomatik bestechenden Schizophrenien (ZERBIN - RÜDIN). Depressionen stehen diesen auch wegen ihrer weiten Verbreitung, ihres vielerorten bestätigten Anwachsens, in der Bedeutung nicht nach.
Depressive Erkrankungen zeigen eine multifaktorielle Verursachung und Entwicklung. Obgleich in den letzten Jahren durch intensive Forschung und pharmakotherapeutische Erfolge manches an Wissen hinzugewonnen wurde, bedürfen noch viele Zusammenhänge einer Klärung.

Die vorliegende Arbeit möchte zum besseren Verständnis der verschiedenen in der Literatur vertretenen Standpunkte über kindliche und jugendliche Depressionen beitragen.
An 58 Krankheitsgeschichten poliklinischer Patienten mit Verlaufsbeobachtungen wird eine Erläuterung und eine weitergehende Klärung des psychopathologischen Geschehens und der Erscheinungsbilder des depressiven Syndroms versucht.

B. Literaturübersicht

I. Zur Geschichte der Depressionsforschung für das Kindes- und Jugendalter

Schon sehr lange ist das Vorkommen depressiver Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bekannt, in der A n t i k e als "Kummer der Kinder, Schreckanfälle, Schlaflosigkeit, schlechte Träume, Aufschrecken in der Nacht" (HIPPOKRATES, GALENUS). Diese wurden als körperliche, den verschiedenen Lebensaltern jeweils entsprechende Krankheiten angesehen, jedoch meist psychisch durch verstärkte Zuwendung behandelt.

Soweit aus dem M i t t e l a l t e r Äußerungen über kindliche Gemütsleiden erhalten sind, stehen sie unter dem Einfluß der antiken Tradition.

In der A u f k l ä r u n g wurden nicht wenige Kinder Opfer von Hexenprozessen. "Geisteskrankheiten" wurden mit dem Walten von Hexen, Dämonen und Teufeln in engen Zusammenhang gebracht: "... diese Menschen seien vom Teufel besessen" (HIERONYMUS MERCURIALE).

Erst nach den Arbeiten von MOREAU und BERKHAN sowie der Gesamtdarstellung der "psychischen Störungen im Kindesalter" (EMMINGHAUS) begann man sich intensiver mit der kindlichen und jugendlichen "Melancholia", wie man diese Geistesstörungen bis ins 19. Jahrhundert benannte (PINEL, ESQUIROL, GÜNTZ), zu befassen. EMMINGHAUS betonte die besondere entwicklungsbedingte Situation des Kindes und versuchte die einzelnen Störungen nach dem Vorbild der Erwachsenenpsychiatrie zu unterteilen:

1. Melancholia simplex
2. Melancholia und Angst
3. Melancholia mit Wahnvorstellungen
4. Melancholia mit Stupor

Das Auftreten manisch - depressiver Psychosen hielt auch KRAEPELIN bereits für die Kindheit als erwiesen. Seine relativ hohe Prozentangabe von 0,4 % erklärt sich wohl aus

seiner Zusammenfassung der mono- und bipolaren Verlaufsformen der Depression. Die "Melancholia activa" ordnete er jedoch den Aufregungszuständen, die "Melancholia periodica", sowie das "cirkuläre Irresein" den periodischen Psychosen zu.

Die eigentlichen Anfänge einer in größerem Umfang betriebenen kinderpsychiatrischen Beobachtung depressiver Zustände liegen in der Zeit nach der Jahrhundertwende.
So bejaht BLEULER, dessen Weiterführung der KRAEPELINschen Systematik eine wichtige Station auf dem Wege des heutigen Depressionsverständnisses darstellt, ein Auftreten endogener depressiver Verstimmungen im späten Kindesalter. Ebenso zweifeln ZIEHEN, BONHOEFFER, HOMBURGER, SCHRÖDER, LACKMANN, LANGE, LIEBERS, LAZAR, STROHMEYER u.a. nach ihren Beobachtungen nicht am Vorkommen depressiver Phasen in der späten Kindheit, während ASPERGER, SCHILDER, HALL ein mögliches Vorhandensein depressiver Psychosen in der Jugendzeit oder gar im Kindesalter für unwahrscheinlich halten. KANNER und van KREVELEN erwähnen diese Störungen in ihren Lehrbüchern nicht.

Soweit man ein Vorkommen anerkennt, ist man sich über die Seltenheit im Kindesalter einig, wie auch über das Ansteigen der Erkrankungshäufigkeit mit Beginn der Pubertät. Diese Ansicht findet sich bei CORBOZ, ANTHONY und SCOTT, SPIEL, STUTTE, ZÜBLIN, BIERMANN, EGGERS u.a.

Die Frage nach der Existenz depressiver Erkrankungen verband sich untrennbar mit der Frage nach der Symptomengestaltung bei Kindern und Jugendlichen. Dabei sollte nach Meinung von BLUM, MOREAU, FRIEDMANN, STROHMEYER, HOMBURGER u.a. die depressiven Erscheinungen bei Kindern und Jugendlichen denen des Erwachsenenalters ähnlich sein.

BLUM, FRIEDMANN u.a. beschrieben als Besonderheit der kindlichen Symptomatologie ein relativ eintöniges Erscheinungsbild mit Gedankenarmut, Fehlen von Sündenwahn, Verarmungsideen, Schuldgefühlen. Andere Autoren betonten, es bestehe

die Neigung zur diffusen Hypochondrie, Zwang und Angst, die eine Vielfalt von Erscheinungen verursachen (BACH). Die Differentialdiagnose zur Schizophrenie wurde immer wieder erwogen (GROSS, PAPPENHEIM, v.STOCKERT).

Zunehmend wurden reifungsbiologische (ZELLER) und entwicklungspsychologische (THOMAE,REMPLEIN) Gesichtspunkte in die von der Tradition der Erwachsenenpsychiatrie bestimmten und vom traditionellen Melancholieverständnis her geprägte Depressionsdiskussion eingebracht. Man versuchte, phasentypisch bedingte Unterschiede zum Erwachsenen herauszuarbeiten.

Die psychoanalytische Forschung verwies auf die frühe Grundlegung depressiver Störungen bereits im frühen Kindesalter. Zwar wandte FREUD seine Aufmerksamkeit mehr dem erwachsenen Patienten zu, seine grundlegenden Thesen über den Verlust in der Partnerbeziehung sowie über die Ichstruktur gaben jedoch Anstöße zu ersten Hypothesen über die Bedeutung der oralen und analen Phase im depressiven Geschehen durch ABRAHAM (1924) und zur differenzierten Weiterentwicklung der psychoanalytischen Lehre durch SCHULTZ - HENCKE (1927). Dieser bezog nun das Kindesalter mit ein und formulierte unter Berücksichtigung allgemeiner soziokultureller Faktoren die Folgen früher depressiver Entwicklungsstörungen. MELANIE KLEIN (1926) leistete mit der Beschreibung der depressiven Position einen weiteren Beitrag für das Verständnis der kindlichen Depression. Mit Depressionen im Kindes- und Jugendalter befaßte sich ebenso C.BÜHLER (1924) und ANNA FREUD (1936).

Im anglo - amerikanischen Raum fand die psychoanalytische Betrachtungsweise Eingang in die biologisch und genetisch orientierte Psychiatrie. In der Nachfolge A.MEYERs, der die Psychose pragmatisch - behaviouristisch als "habit disorganisation" verstand und damit Richtungen der Psychiatrie den Weg wies, die den Einfluß inner- und außerpsychischer Faktoren in den Vordergrund ihres Bemühens stellten (HUTTER,

GIBSON bzw. FROMM und SULLIVAN), entwickelten sich Auffassungen, die die Psychose lediglich als eine Variante der Neurose ansahen und damit letztlich die Unterscheidung zwischen den Gruppen aufhoben: "Das Konzept der endogenen Depression hat sich in Amerika nie durchsetzen können" (FREYHAN).
Diese Ausweitung des Psychosebegriffs führte einerseits zum Anstieg der Diagnosehäufigkeit: BARRETT (1931) fand 5 % endogener Depressionen im Alter unter 12 Jahren - zum anderen zum Rückgang der Diagnosen affektiver Psychosen: in Massachusetts beispielsweise um mehr als die Hälfte (WINZENRIED). Soweit als möglich, wurden alle Formen als "neurotisch oder reaktiv" den psychogenen Depressionen zugerechnet. Die Gruppe der nichtpsychotischen - bzw. nichtendogenen Depressionen stieg jedoch in ihrer Bedeutung und Häufigkeit ebenfalls an. Vom Auftreten einer depressiven Verstimmung im frühen Kindesalter, nach Erreichen der Reflexionsfähigkeit, war man im allgemeinen überzeugt. Für das Säuglingsalter wurden depressive Störungen kaum erwogen.

Auch in Europa vollzog sich eine Ausweitung des Depressionsverständnisses wie des Endogenitätsbegriffes, vor allem durch die Berücksichtigung exogener Momente im Depressionsgeschehen.
Den ausgeweiteten, unscharfen Psychosebegriff und seine Abgrenzung zu den einzelnen endogenen und psychopathischen Erkrankungen versuchte K.SCHNEIDER (1955) wieder zu präzisieren. Nur bei Vorliegen strenger Kriterien des "Endogenen" sei eine entsprechende Diagnose berechtigt. ANTHONY und SCOTT (1960) übertrugen die SCHNEIDERschen Kriterien auf die Kinderpsychiatrie und formulierten in Auseinandersetzung mit anglo - amerikanischen Lehrmeinungen zehn Kriterien, die beim Vorliegen einer manisch - depressiven Erkrankung im Kindesalter erfüllt sein sollten. Sie selbst fanden in der gesamten, von ihnen analysierten Literatur lediglich in drei Fällen mehr als fünf dieser Kriterien und nur einmal sieben Kriterien erfüllt.

Diese Diagnose stellten andere Autoren ebenfalls nur in Einzelfällen (ANTHONY und SCOTT, CORBOZ, ZÜBLIN, STUTTE, SPIEL, EGGERS, BIERMANN). TRAMER sowie ANNELL wollen sie nur in präpsychotischer Form anerkennen. NISSEN (1971) und HARBAUER (1975) melden Zweifel am Vorhandensein einer endogenen Depression vor dem 10. Lebensjahr an. BURTON und HALL (1952) sind von der Unmöglichkeit einer endogenen Depression im Kindesalter überzeugt. Für depressive Erkrankungen des Jugendalters wurden gewisse Ähnlichkeiten im Erscheinungsbild mit endogenen Depressionen von Erwachsenen festgestellt.

Insgesamt kann man heute die Auffassungen der Autoren wohl entweder einer erweiterten Auffassung im Sinne KRAEPELINs (BÜRGER - PRINZ, VILLINGER u.a.) oder einer strengeren Richtung nach SCHNEIDER (v.BAEYER, NISSEN) zuordnen. Den Standpunkt MEYERs hingegen haben wir im allgemeinen weit hinter uns gelassen, auch wenn die Bedeutung auslösender peristatischer Momente im endogenen Geschehen anerkannt ist. In diesem Punkt gehen amerikanische und europäische Psychiatrie wieder aufeinander zu. Keine Einigkeit besteht hinsichtlich des Zeitpunktes und der Erscheinungsweise der psychotischen Erstmanifestation.

Auch bei der Beurteilung zeitlicher und symptomatologischer Gesichtspunkte in der nichtpsychotischen Depression von Kindern und Jugendlichen bestehen unterschiedliche Meinungen. Depressive Verstimmungen würden in larvierter oder maskierter Form auftreten, deshalb seien Fälle mit leichteren Stimmungsschwankungen ebenfalls den depressiven Syndromen dieser Altersgruppen zuzurechnen. Es zeige sich eine der Kindheit bzw. dem Erwachsenenalter entsprechende Erscheinungsweise.

Bei der noch offenen Problematik ist es zu verstehen, wenn NISSEN in seiner Psychopathologie des Kindesalters 1977 schreibt: "Die Erforschung depressiver Syndrome bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen steht erst am Beginn."

II. Häufigkeit depressiver Zustände

Depressive Erkrankungen im Erwachsenenalter gehören zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt (RENSHAW u.a.).

Im europäischen Sprachraum sollen nach KIELHOLZ 10 % der Bevölkerung, im amerikanischen nach BROWN 15 % erkrankt sein.
Davon seien 0,7 - 1,2 % mehrmals in ihrem Leben von einer behandlungsbedürftigen Erkrankung betroffen (STAMMLER).
In der gesamten Weltbevölkerung betrage die Morbidität an behandlungsbedürftigen Depressionen 2 - 3 % , was einer Zahl von 120 - 160 Millionen Menschen entspricht.
Die Morbidität der endogenen Depressionen betrifft 0,3 bis 0,5 % .

5 - 15 % aller endogen - depressiv Erkrankter begehen Suizid -
50 - 75 % aller Menschen, die einen Suizid ausführen oder versuchen, leiden an einer Depression (HELMCHEN).

Ein großer Teil aller depressiven Erkrankungen dürften bis in das Jugendalter und sogar bis in die Kindheit zurückreichen.

Depressive Verstimmung als S y m p t o m wird vor allem für das Jugendalter sehr hoch angegeben:

Nach EVANS (1976) ist es mit 64 % -
davon 40 % leichte und 24 % schwere Verstimmungen das häufigste Symptom des Jugendalters.

Nach Mc CONVILLES (1973) steht es im Schulalter hinter der gesamten Gruppe der Lernstörungen an zweiter Stelle. Die Häufigkeit betrage 51 % aller psychischen Störungen.

In der Kleinkindphase dürfte das Symptom der depressiven Verstimmung zahlenmäßig hinter Angst und motorischer Unruhe zurückstehen; diese können jedoch bereits Ausdruck einer depressiven Grundstörung sein (REMSCHMIDT, CONNELL).

Für l e i c h t e r e depressive Störungen des Kindes - und Jugendalters werden nach neueren Untersuchungen folgende Werte vorgestellt:

KUHN (1963) 12,9 % , ANNELL (1971) 15 % ,
MEIERHOFER (1970) berichtet sogar von 25 % bei Kleinkindern in Kinderheimen.

Die Dunkelziffer der depressiven Zustände ist bei diesen Angaben nicht erfaßt; vor allem im Kindesalter wird vermutlich nur ein Teil der Erkrankungen als depressive Störung

erkannt und einer fachärztlichen oder klinischen Behandlung zugeführt.

Berücksichtigt man nur die l a n g d a u e r n d e n depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, so berichten:

WEBER (1968) 3 % ,v.BAEYER (1969) 2,04 % ,
DESTUNIS (1962) 11 Depressionsneurosen unter 4000 Patienten, NISSEN (1971) 1,08 % .

In der Kindheit unter zehn Jahren überwiegen die Knaben, später steigt der Anteil der Mädchen.v.BAEYER berichtet von 55 % Mädchen gegenüber 44 % Jungen in der Pubertät. Der deutliche Anstieg aller depressiven Störungen in der Pubertät wird von allen Autoren übereinstimmend bestätigt,v. BAEYER und SPIEL (1969) sprechen von einer Verdreifachung.

Der Anteil der neurotischen Formen depressiver Störungen beläuft sich auf etwa 60 - 70 % (NISSEN 1977).
Auf ihn trifft ein Großteil des in letzter Zeit angegebenen Zuwachses depressiver Zustände.
Bei Kindern wird vor allem ein Stilwandel der Neuroseformen von aktiv - produktiven zu passiv - apathischen Bildern beobachtet (NISSEN 1974), wobei zu untersuchen wäre, ob diese neurotischen Bilder depressiven Ursprungs sind oder in depressive Erkrankungen einmünden.

E n d o g e n - p s y c h o t i s c h e Depressionen unterscheiden sich in ihrer Häufigkeit ganz wesentlich von nichtpsychotischen Formen der Depression.

Die Gesamtmorbidität für die ersten zwanzig Jahre des Lebens wird auf 0,05 % bis 0,1 % angegeben.
Es finden:

VILLINGER (1958)	1	Fall				
ANTHONY und SCOTT (1960)	3	Fälle	bei	1000	anderen	Stö-
BÜRGER - PRINZ (1967)	12	Fälle	"	"	"	rungen
NISSEN (1971)	5	"	"	700	"	"
MAKITA (1973	einige	"	"	10000	"	"

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Erstmanifestation bestehen ebenfalls unterschiedliche Erfahrungen:

KRAEPELIN (1923) fand bei 0,4 % seiner 900 endogen-depressiven Patienten einen Krankheitsbeginn vor dem 10. Lebensjahr.

SPIEL (1961) untersuchte fünf Jungen und zwei Mädchen mit depressiven Erkrankungen vor dem 10. Lebensjahr, die sich aber nicht in eine rezidivierende endogene Depression des Erwachsenenalters fortsetzten. Von drei Jungen und neun Mädchen entwickelten einige später "typische endogene depressive Verstimmungen".

v.BAEYER (1969) sowie BÜRGER-PRINZ (1935) sprechen von 10 Jahren als frühestem Manifestationszeitpunkt.

VILLINGER (1958) berichtet von Depressionen im Alter von 11 Jahren.

ANTHONY und SCOTT (1960) beobachteten Fälle ab 12 Jahren.
LEMPP (1969) hält dagegen eine Erkrankung vor dem 13. bis 14. Lebensjahr für unwahrscheinlich.

KIELHOLZ (1973) fand unter 232 manisch-depressiven Patienten in 3,4 % einen Beginn vor dem 15. Lebensjahr.

Den divergierenden Untersuchungsreslutaten liegen wohl unterschiedliche Auffassungen des Depressionsbegriffes zugrunde. Sie führen zu variierenden Wertungen und Zuordnungen der beobachteten Verhaltensstörungen zum Formenkreis des depressiven Syndroms im Kindes- und Jugendalter.
Der jeweils angewendete Depressionsbegriff steht mit der Diagnosefrequenz in enger Korrelation (NISSEN 1978).

III. Bestimmung und Problematik der Begriffe "Depression" und "depressives Syndrom"

"Die Literatur spiegelt die ungeklärte Problematik des Depressionsbegriffes im Kindes- und Jugendalter"(v.BAEYER). Hat die Erfahrung der außerordentlichen Vielschichtigkeit depressiven Geschehens und der möglichen Variabilität depressiver Erscheinungsbilder schon im Erwachsenenalter zu einer Uneinheitlichkeit im Begriffsverständnis geführt, so ergeben sich durch die Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Faktoren im Kindes- und Jugendalter noch vermehrte Schwierigkeiten.

Bei den verschiedenen Autoren herrscht in Bezug auf die Ähnlichkeit zwischen den Depressionsbegriffen

für die Zeit der Kindheit, Jugend und des Erwachsenenalters sowie über die daraus resultierende Notwendigkeit der Modifizierung der Definitionen eine ambivalente Haltung.

Wegen der Variabilität und Dynamik kindlicher und jugendlicher Entwicklungs- und Reifungsvorgänge sind depressive Fehlentwicklungen definitorisch schwer zu erfassen und von anderen Verhaltensstörungen abzugrenzen.

Die unterschiedlichsten klinischen Erfahrungen und theoretischen Vorstellungen über die Symptomatologie und Ätiologie der Depressionen machen eine "kurze und dabei allgemein zutreffende Definition dessen, was damit gemeint ist, unmöglich" (HOLE, KIELHOLZ) und haben eine qualitative Differenzierung des depressiven Merkmalraumes zur Folge (SARTORIUS).

"Es kann sich um die Beschreibung einer Stimmung, einer leichten Veränderung physiologischer Normen von langer oder kurzer Dauer, um einen Namen für ein psychopathologisches Symptom, für ein Syndrom oder für eine Krankheit handeln; Schwierigkeiten bleiben auch dann bestehen, wenn nur jene Depressionen betrachtet werden, die in der internationalen Klassifikation der Krankheiten aufgeführt sind" (SARTORIUS).

"Der Begriff mit seinem fast universalen Bedeutungsgehalt ... dient der Beschreibung eines irgendwie gearteten Unbehagens sowie des Geistes einer Gesellschaft und der Kennzeichnung reaktiver Neurosen oder verschiedener inaktivierender psychotischer Störungen; der Begriff ist so allgemein, daß detaillierte Erklärungen dringend notwendig sind" (ROME).

Nicht alle der möglichen Bedeutungsinhalte des Terminus Depression gehen in die kinder- und jugendpsychiatrische Definition ein, auch wenn sie für ein Verständnis der depressiven Prozesse wichtig werden können.
Die Unmöglichkeit, eine allgemein verbindliche Definition der kindlichen und jugendlichen Depression zu geben, kennzeichnet die heutige Situation genauso wie das Gefühl, "trotz aller Fragwürdigkeit zu wissen, was man meint" (HARBAUER).
Bei der terminologischen Erfassung der Depression im Kindes- und Jugendalter bietet sich zunächst der p h ä n o m e n o l o g i s c h e Zugang.

Man versteht Depression allgemein als eine "weit verbreitete Form psychischer Störung mit t r a u r i g e r V e r s t i m m u n g ,gedrückter pessimistischer Stimmungslage, Niedergeschlagenheit, Verzagtheit" (PETERS), als Begriff für "Zustände, die dadurch charakterisiert sind, daß traurige Stimmung das dominierende Symptom ist" (STRÖMGREN).

Dieses Symptom des Depressivseins findet sich mit unterschiedlichem Nachdruck - genau wie bei der adulten Depression - in fast allen Definitionen kindlicher und jugendlicher Depressionen.

So bezeichnet MALMQUIST ein K i n d als depressiv, wenn es unglücklich wirkt, GITTELMAN-KLEIN, wenn es sich nicht mehr freuen könne; McCONVILLE,BOAG und PUROHIT nehmen Traurigkeit und Hilflosigkeit in ihre Beschreibung der affektiven Depression auf. DAVIDSON beschreibt die Depression des Kindesalters als einen "emotionalen Zustand, der durch Hoffnungslosigkeit, Herabgestimmtheit, Müdigkeit und Lethargie bestimmt ist".
Ähnliche Aussagen finden sich auch bei anderen Autoren.

Bei J u g e n d l i c h e n ist die Ähnlichkeit der Symptomatik mit der des Erwachsenen schon deutlicher definiert: exzessive Selbstkritik, Gefühle der Inadäquanz, negatives Selbst- und Weltbild, exzessive Beschäftigung mit dem Tod (POZNANSKI,McCONVILLE u.a.).

Der psychische Zustand kann bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen von s o m a t i s c h e n Beschwerden begleitet sein.

Nach KUHN-GEBHARDT gibt es viele jüngere Pädopsychiater, die den Depressionsbegriff auf alle Zustände erweitern, die mit vitaler depressiver Verstimmung und deren morgendlicher Verschlimmerung einhergehen.

Im Kindes- und Jugendalter mit seiner erst im Wachsen begriffenen Reflexions- und Artikulationsfähigkeit ist die Neigung zu somatisierten Formen einerDepression besonders ausgeprägt; im Kindesalter sind diese als primäre Zustandsbilder der Depression zu bezeichnen (NISSEN).
Bei den "larvierten Depressionen" (KIELHOLZ) stehen vegetative Symptome als "depressive Äquivalente" eines negativen depressiven Affektes (Kopfschmerzen, Schlafstörungen u.a.) so im Vordergrund, daß oft solange fälschlich eine körperliche Krankheit angenommen wird, bis die charakteristischen Symptome schließlich zum Vorschein kommen oder bis man im Kommen und Gehen der körperlichen Symptomatik Endogen -

Phasenhaftes auffindet (WEITBRECHT). Hier finden sich aber - im Gegensatz zu den eigentlichen "Depressionen sine depressione", bei denen ausschließlich depressive Äquivalente vorliegen - noch psychische Beeinträchtigungen.

Ohne das Vorhandensein einer psychischen Symptomatik ist der Beweis einer Depression selbst von Vertretern eines strengen somatischen Depressionskonzeptes nicht zu erstellen, wie BECK in seiner gründlichen Analyse der Literatur aufzeigt.

" ... Der Terminus Depression deckt beides, die primitive, dysthyme reflexionslose oder reflexionsarme Stufe vitaler Unlust mit Herabstimmung oder Hemmung des psychophysischen Apparates, eventuell auch gesteigerter Aggressivität und Autoaggressivität wie auch das reflektierte selbstquälerische Traurigsein ..." (v.BAEYER).

Die Depressivität manifestiert sich also nicht nur in einigen wenigen Symptomen des "Depressivseins" sondern in einer V i e l z a h l inkonsistenter, individuell variierender Symptome.

"... Klinisch wird ein Kind als depressiv beschrieben, wenn es irgendwelche einer weiten Vielfalt von Verhaltensweisen häufiger zeigt: Rückzug, Weinen, Schulversagen, Aggressionen, somatische Beschwerden, Meiden von Augenkontakt u.a." (LEFKOWITZ).

Theoretisch kann nahezu jedes Symptom Anzeichen einer kindlichen und jugendlichen Depression sein. Nach GITTELMAN - KLEIN befindet sich die Depression in der einzigartigen Position, derart unspezifisch zu sein, daß zahlreiche Verhaltensäquivalente möglich sind. So kommt es zu sehr allgemeinen Definitionen, die "keinerlei Ein- oder Ausschlußkriterien beinhalten und so ein diagnostisches Chaos sicherstellen" (GITTELMAN - KLEIN).

"Depressionen bei Kindern und sogar bei Adoleszenten kann sich in Formen zeigen, die sich etwas vom Erwachsenen unterscheiden; sie schließen Eß- und Schlafstörungen, Hyperaktivität und andere Verhaltensweisen ein ... Bei älteren Kindern ebenso wie bei Erwachsenen können Verlust von Selbstwertgefühl, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie Ambivalenz gegen die Bezugsperson gegenwärtig sein. Die psychomotorische Retardierung ist jedoch gewöhnlich weniger ausgeprägt als bei Erwachsenen und dasselbe gilt auch, Kleinkinder ausgenommen, für einige andere biologische Zeichen der Depression"

(GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY zit.GITTELMAN-KLEIN).

Von BAKWIN und BERNER wurden zahlreiche, nicht auf den ersten Blick als depressiv erscheinende psychische Symptome wie Angst und Zwang ebenfalls in die Larvierungsdiskussion einbezogen.

Einige Autoren gliedern die Symptome nach unterschiedlichen symptomatologischen oder auch psychopathologischen Aspekten und formulieren entsprechend ihrem leitbildhaften Auftreten verschiedene Depressionstypen.

Häufig werden zunächst akute von chronischen sowie offenbare von maskierten Depressionen unterschieden (CYTRYN, KIELHOLZ, LEMPP).
STÄDELI trennt Symptome des körperlichen Bereichs mit morphologischen Auffälligkeiten, Redestörungen, eingeschränkter Motorik von multiplen Störungen in Form von Ambivalenz, Antriebs-, Triebs- und überichgesteuerten Verhaltensstörungen, gestörten Kontakten, Störungen bei Objektbeziehungen, bei Beziehungen zum eigenen Körper in Denken, in der Kreativität und Intelligenz.
BECK kann alle von den Autoren geschilderten Symptome seinen vier Kategorien der affektiven, kognitiven, motivationalen und vegetativ-psychomotorischen Störungen zuordnen.
FROMMER definierte die enuretische-enkopretische Depression, die unkomplizierte Depression sowie eine depressive Phobie.
SATTES beschrieb die hypochondrische Depression.
WEINBERG, McCONVILLES formulieren nach dem dominanten Auftreten der Dysphorie die Untergruppe der affektiven Depression.

Manche der Depressionsformen treten frühestens im Jugendalter in Erscheinung, so die existentielle Depression (HÄFNER) und die noologische Depression (FRANKL).POZNANSKI, JACOBSON und andere sehen im herabgesetzten Selbstwertgefühl, SCHULTZ im Problem des gestörten Lebenswillens den eigentlichen Kern der Depression. Nach der Art ihres Hervortretens unterscheiden K.SCHNEIDER und WEITBRECHT zwischen der Untergrunddepression, welche ohne reaktive Bedingtheit aufsteigt und wieder zurücktritt und der Hintergrunddepression, bei der die permanent vorhandene "depressive Reagibilität" durch "Erlebtes" und Situatives verstärkt wird.

Es existieren also mehrere, nach symptomatologischen wie auch psychopathologischen Kriterien voneinander unterschiedene Depressionstypen und -definitionen. So wäre es voreilig, einen einheitlichen Begriff für diese vielgestaltige depressive Symptomatologie zu erwarten.

Diese Vielfalt der Vorstellungen zum Depressionsbild vor allem des Kindes und der Jugendlichen läßt allerdings auch Raum für eine subjektive Bewertung der Störungen.

> "Wenn man einmal angefangen hat, Depressionen zu sehen, so sieht man sie überall ... wir bezeichnen jetzt vieles als Depression, was wir in der Vergangenheit nicht Depression genannt haben" (ANTHONY).

Dabei hängt es weitgehend vom sozioökonomischen Status der Eltern, bzw. den individuellen Vorstellungen des Arztes ab, von welchem Grad der Störung an er eine Depression definiert (LEFKOWITZ).

> "Es bestehe die Gefahr, die Depression allein von Symptomen abzuleiten und dann zu sagen, das Symptom sei durch die Störung hervorgerufen (LEFKOWITZ).

v.BAEYER jedoch warnt - ebenso wie viele andere Autoren - vor einer allzu leichtfertigen Ausweitung des Depressionsbegriffes:

> "... Wann sprechen wir überhaupt bei einem Kind,einem Jugendlichen von Depression, Depressivität? Doch nicht bei jeder unlustbetonten Verstimmung! Nicht jeden ängstlich - scheuen Eckensteher, jeden reizbaren Spielverderber, jedes weinerliche Muttersöhnchen nennen wir depressiv, auch nicht jeden schwierigen, verdrückten, an sich und der Welt leidenden Jugendlichen."

Sicher spielen Nachhaltigkeit und Tiefe der Verstimmung für die Begriffsbestimmung und Diagnose eine Rolle; sie werden jedoch bei den Autoren, die den Versuch der Operationalisierung unternehmen, nach unterschiedlichen Kriterien definiert.

> Nehmen RASKIN und das SUBKOMMITEE ON CLINICAL CRITERIA FOR DIAGNOSES OF DEPRESSION IN CHILDREN für ihre Definitionen eine Mindestdauer der depressiven Symptomatik von vier Wochen an, so fordert NISSEN ein Andauern von länger als vier Monaten.

Nur wenige Arbeiten versuchen für die Definition und entsprechend auch für die Diagnose eine Mindestzahl von de-

pressiven Symptomen anzugeben und sie damit einzugrenzen (LING, RIDEAU, WEINBERG).

Bei einer zu starken Eingrenzung des Depressionsbegriffes - vor allem wenn Arzt oder Eltern von einem engen umgangssprachlichen und vom Erwachsenen her geprägten Begriffsverständnis ausgehen - besteht die Gefahr einer Unterbewertung und Negierung depressiver Symptome.

> "Wenn wir aber generell reflektiertes Traurigsein im adulten Sinne verlangen ... werden wir die Diagnose Depression in diesem Alter wahrscheinlich zu selten stellen" (v.BAEYER).

Das u m g a n g s s p r a c h l i c h e Depressionsverständnis, das in erster Linie von der phänomenologischen Betrachtungsweise ausgeht, beschränkt sich nach GITTELMAN - KLEIN darauf, die Depression als eine subjektive depressive Stimmungsalteration zu betrachten.

> Es bezieht die tatsächliche Weite kindlicher und jugendlicher Symptomatik mit Verhaltensstörungen und somatisierten Erscheinungen nicht mit ein - auch viele psychopathologische Veränderungen werden kaum berücksichtigt.
> Vom Nosologischen her umfaßt dieses Begriffsverständnis infolge der Einbeziehung auch leichterer reaktiver Verstimmungen wie Trauerreaktionen und sekundäre Depression im Vergleich zum psychiatrischen Depressionsbegriff einen ausgeweiteten Bereich.

Die psychopathologischen Abläufe , die in den phänomenologisch beobachtbaren Symptomen transparent werden, dienen den verschiedenen p s y c h o l o g i s c h e n Schulen als Ansätze ihrer jeweiligen Depressionsmodelle.

> Depression ist für Psychoanalytiker (ABRAHAM, FREUD) Verlust von Liebesfähigkeit und Libido.
> Behaviouristisch orientierte Autoren verstehen Depression als Zunahme von negativ verstärktem Verhalten.
> Lerntheoretiker beschreiben die Depression als gelernte Hilflosigkeit (SELIGMAN).
> Der kognitive Ansatz stellt ein negatives Selbst-, Welt- und Zukunftsbild des depressiven Patienten fest, das beim Kind und Jugendlichen zu sozialem Rückzug, unsozialem Verhalten führe (BECK).

Manche der psychologischen Modelle sind auf das Kind und den Jugendlichen kaum anwendbar, wie beispielsweise der mißglückte Widerstreit des Kind-Ichs gegen das Eltern-Ich im transaktionsanalytischen Konzept.
Der Schwerpunkt der psychologischen Modelle liegt auf der Erklärung beobachtbarer Verhaltensweisen von bereits als depressiv diagnostizierten Patienten. Dabei beziehen sich ihre Analysen vorzugsweise auf die reaktive Depressivität. Sie nehmen wenig Bezug auf die Intensität der Störung, sofern sie diese nicht als reaktiv, neurotisch oder psychotisch klassifizieren.

Mit dem p s y c h i a t r i s c h e n Depressionsverständnis, das die umgangssprachlichen und psychologischen Begriffsbestimmungen zur Depressivität umfaßt, wird eine genauere Erfassung des Schweregrades depressiver Störungen angestrebt. Einfache depressive Reaktionen werden zumeist aus seinem Bedeutungsbereich ausgegliedert (NISSEN); er gilt vor allem für krankhafte depressive Störungen. Im engsten Sinne wird der psychiatrische Depressionsbegriff als Synonym für die endogene Depression = Melancholie, als Abkürzung für endogene manisch - depressive Psychosen verwendet (STAMMLER).Dabei wird zunächst nicht zwischen endogen - periodischen und bipolaren Psychosen unterschieden.

Ursprünglich hatte das Wort Melancholie die physiologischen und pathologischen Zustände depressiver Gemütsverfassung wie Niedergeschlagenheit, Trübsinn, Kummer, Jammer oder Hoffnungslosigkeit zusammengefaßt, allerdings mit stärkerem Nachdruck auf der Verankerung im konstitutionell gegebenen, schwermütig ernstnehmenden Temperament oder einer lang andauernden qualitativen Stimmungsveränderung. Diese Qualität des Endogenen ging allerdings nur im kontinentalen und hier besonders im skandinavischen Sprachraum auf den Terminus "Depression" über. Hier wurde das Wort lange nur für solche Zustände gebraucht, die einen psychotischen Grad aufwiesen. In der angelsächsischen Psychiatrie war Depression immer ein viel weiter gefaßter Begriff, wobei die Ausweitung von der nicht-psychiatrischen Seite ausging, von den durch therapeutische Fragestellungen an einem globalen Depressionsbegriff interessierten Pharmakologen Biochemikern, Physiologen und Psychologen (STRÖMGREN).

In den letzten Jahren hat sich vielerorten ein über die reine Endogenität hinausreichender Depressionsbegriff durchgesetzt, dennoch bleibt im psychiatrischen Sprachgebrauch seine Anwendung nur auf schwere depressive Erkrankungszustände beschränkt.

Ein weiterer Schwerpunkt des psychiatrischen Depressionsverständnisses liegt bei der nosologischen und syndromalen Differenzierung, zwischen den einzelnen Depressionsformen. Zunächst wird zwischen p r i m ä r e n Depressionen,d.h. reaktiven, neurotischen oder psychotischen Depressionen und depressiven Zuständen als s e k u n d ä r e n Komplikationen oder Begleiterscheinungen im Rahmen anderer psychischer, psychiatrischer oder somatischer Erkrankungen unterschieden (MEYENDORF).

> "Dem Arzt tritt die depressive Symptomatologie nicht nur als Reaktionsform seelischen Erlebens und Erleidens entgegen, sondern auch als Krankheitssymptom. Hinter einem depressiven Symptom kann sich ein seelisches Leiden, z.B. Melancholia verbergen ... oder auch eine körperlich faßbare Erkrankung, etwa eine Intoxikation oder ein Hirntumor, die es zu erkennen gilt. Auch in diesen Fällen begegnet einem zunächst eine Depression bzw. depressive Symptome, die sich auf der symptomatologischen Ebene nicht von anderen Depressionen unterscheiden (MEYENDORF).

Wenn der Begriff im Kindes- und Jugendalter Bedeutung haben soll, ist es wichtig, ihn gegen Entwicklungskrisen wie beispielsweise gegen pubertäre Ausbrüche oder Phobien, Aggressionen, Hyperaktivität mit depressiver Färbung - die alle noch keine Depression im strengen Sinne darstellen - abzugrenzen. Die Übergänge zwischen dem depressiven Formenkreis und den Störungen nicht primär - depressiver Genese sind fließend; gerade hier manifestiert sich ein weites oder enges Depressionsverständnis.

Der Terminus "Depression" faßt also weite Bereiche zwischen erlebnisreaktiven, persönlichkeitsabhängigen bis hin zu krankhaften Gemütsverstimmungen.
Wird der Begriff Depression als Sammelbezeichnung verschie-

denster, depressiver Erscheinungsbilder - psychisch oder vegetativ, primär oder sekundär - verwendet, so ist damit die Ausweitung zu einer S y n d r o m bezeichnung vollzogen.

> "Der Ehrgeiz der Autoren hat immer neue Soderformen depressiver Erkrankungen entstehen lassen. Es ist nur eine Konsequenz aus dieser Entwicklung, wenn das depressive Syndrom zum Oberbegriff geworden ist" (JANZARIK).
> FREYHAN äußert sich gleichermaßen: "Es scheint mir bedeutungsvoll, daß (man) sich nicht mit den depressiven Erkrankungen, sondern mit dem depressiven Syndrom befaßt. Dieser Begriff kann als ein Meilenstein des Fortschritts gelten."

"Depression ist ein Syndrom" (SPIEGELBERG), solange eine genauere ätiologisch - nosologische Zuordnung nicht geleistet werden kann.

> Wie NISSEN und andere Autoren zu Recht bemerken, ist diese nosologische Bestimmung vor allen einer kindlichen und jugendlichen Depression oft aus mehreren Gründen nicht möglich. Vor allem fehlen hier längere Beobachtungszeiten, und die alterstypische Symptomatik bleibt meist unspezifisch.

Die Bezeichnung "depressives Syndrom" gilt dabei als "Genus - Syndrom" mit der Eigenschaft der Depressivität als gemeinsames Merkmal für den gesamten depressiven Formenkreis ebenso wie als Bezeichnung für jede, bei einer differenzierenden Betrachtung entstehende Untergruppe, verstanden als "erscheinungsbildlich typische Symptomenkombination"(SCHARFETTER).

> NISSEN versuchte, diese Syndrome für das Kindes- und Jugendalter mit statistischen Methoden zu ermitteln und sie in besonderen symptomatologischen Gruppierungen und Symptomenverbindungen, den sogenannten Symptomennetzwerken darzustellen. Er weist nach, daß einzelne psychische und psychosomatische Symptome allein keine verläßlichen Kriterien für die nosologische Zuordnung depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter abgeben. Auch eine additive Aufrechnung der Einzelsymptome ermögliche keine eindeutige Diagnose, nur einen Eindruck von der seelischen Grundbefindlichkeit und dem Beschwerdebild des kindlichen und jugendlichen Patienten.

Seltener als die an Zielsymptomen (FREYHAN) ausgerichtete syndromale Zusammenfassung depressiver Zustände ist die Erstellung depressiver Syndrome nach psychologischen bzw. psychopathologischen Gesichtspunkten wie z.B. Deprivations-, Verlustsyndromen oder auch die Bezeichnung depressiver Zustände bei organisch bedingten Erkrankungen als depressive Syndrome (STAMMLER).

> Sicherlich wurde mit der Fortentwicklung des Verständnisinhaltes des Terminus "Depression" in Richtung Syndrom der ausgeweiteten und differenzierten Deskription moderner Diagnostik Rechnung getragen.
>
> Als zusammenfassender Oberbegriff ermöglicht er, die Vielfalt kindlicher und jugendlicher depressiver Störungen in den depressiven Formenkreis einzubeziehen.
>
> Falls man sich jedoch allein mit der Stellung der Syndromdiagnose "depressive states" unter Vernachlässigung der Ätiologie und Nosologie zufrieben gibt, stellt dies nach ANGST "einen Rückschritt in die erste Hälfte des vergangenen Jahrhunderts dar".

Schwierigkeiten ergeben sich bei der Anwendung des Terminus "Depression" durch die Differenzierung innerhalb seines Bedeutungsgehaltes wie aus der notwendigen Abgrenzung der Depression gegen Störungen außerhalb des depressiven Syndroms - im Kindes- und Jugendalter vor allem gegen Entwicklungsstörungen.

Entscheidend ist gerade für den kindlichen und jugendlichen Patienten die aus dem jeweiligen Depressionsverständnis resultierende Bewertung des Schweregrades der verschiedenen depressiven Zustände, da sich hieraus Konsequenzen für Diagnose, Therapie und Prognose ergeben.

IV. Zur gegenwärtigen Unterteilung des depressiven Syndroms

An der Vielfalt der Bedeutungsinhalte des Depressionsbegriffes wird deutlich, daß mannigfaltige depressive Störungen möglich sind.

> Mit ihrer ätiologischen Zuteilung und Gruppierung haben sich zahlreiche Autoren befaßt (ANGST, ANTHONY,

ANTHONY und SCOTT, COPPEN und WALK, HALL, HOCH und ZUBIN, JANZARIK, M.KLEIN, KUHN, NIEDERMEYER, STENSTEDT, PETRILOWITSCH, ZERBIN-RÜDIN und viele andere mehr.

Als ein Resultat dieser Bemühungen kann die Klassifikation der WHO angesehen werden.

Sie umfaßt getrennte Kategorien für:

1. akute depressive Reaktionen
2. einfache depressive Entwicklungen
3. depressive Neurosen
4. affektive Persönlichkeitsstörungen
5. endogen monopolare depressive Psychosen
6. endogen bipolare depressive Psychosen
7. andere, nichtorganische depressive Psychosen
8. depressive Krankheiten des Kindesalters

und andere mehr.

Das Erkennen der einzelnen Störungen ist in der Praxis nicht immer einfach, weil sich vielfache Überschneidungen sowohl zu Beginn als auch beim Verlauf und Ausgang ergeben. Auch die Symptomatik kann oft nicht eindeutig zugeordnet werden. Viele Autoren halten daher für das Kindes- und Jugendalter nur die p h ä n o m e n o l o g i s c h e Betrachtung der depressiven Syndrome für sinnvoll.

Nach einem intensiven Studium der Literatur wird deutlich, daß es grundlegender Kenntnisse über mögliche psychodynamisch - ätiologische Konstellationen und über pathogenetische Zusammenhänge in den verschiedenen Formen des depressiven Syndroms bedarf, um die Bedeutung der einzelnen depressiven Zustände für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und Jugendlichen zu verstehen. Auch bei der Annahme einer multifaktoriellen Genese ist es schon allein der therapeutischen Indikation wegen notwendig, "Vorstellungen zu entwickeln, die die psychischen Dynamismen gruppieren lassen" (SPIEL).

So soll versucht werden, die wichtigsten Formen der Depression nach dieser Einteilung mit ihren charakteristischen Merkmalen zu erläutern und dabei auf die besonderen Probleme des Kindes- und Jugendalters einzugehen.

1 Nosologische Differenzierung

1.1 Nicht endogene depressive Syndrome

1.1 a Depressive Reaktion und reaktive Depression

Die depressive Reaktion und die reaktive Depression sind auf ein auslösendes Ereignis hin zentriert und somit eher auf ihre ätiologischen Bedingungen analysierbar als andere Depressionsformen.

"Erlebnisbedingte depressive R e a k t i o n e n " (STUTTE) treten ein, wenn das Kind kurzzeitig oder akut mit einem psychischen Trauma konfrontiert wird, von dem es in seiner aktualen "Belastungs- und Bearbeitungsfähigkeit" überfordert ist (SPIEL).

Nach Fortfall der auslösenden Ursache soll die depressive Reaktion rasch wieder abklingen (EGGERS, PETERS). Daher gilt sie als vorübergehender depressiver Verstimmungszustand nach strengem Depressionskonzept nicht als Depression.
Nach DESTUNIS kann nach dem Abklingen jedoch eine Bereitschaft zur habituellen depressiven Reaktionsweise bestehen bleiben, die dann bei einer erneuten Belastungssituation rascher in eine ausgeprägtere depressive Reaktion oder auch in eine reaktive Depression dekompensiert. Die depressive Reaktion kann auch unmittelbar in eine länger anhaltende reaktive Depression einmünden.

"Von der einfühlbaren Trauer bis zur abnormen Reaktion bestehen fließende Übergänge" (EGGERS). Die depressive Reaktion wird zu einer pathologischen reaktiven Depression, wenn die Intensität der Erscheinungen eine gewisse Grenze überschreitet, d.h. beispielsweise eine Trauer zu lange prolongiert wird (EY u.a.) Die Dominanz depressiver Symptomatik ebenso wie ihre Intensität und Dauer ist sicherlich ein wichtiger Hinweis auf eine möglicherweise bestehende depressive Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen.

Bei der erlebnisreaktiven D e p r e s s i o n wird auf klar erkennbare Belastungssituationen mit einer nachhaltigen und schweren Verstimmung reagiert, ohne daß charakterologische und neurosenpsychologische Besonderheiten im Vordergrund stehen (v.BAEYER).

Beide reaktive depressive Störungen bestehen häufig in Rückzug, Trauer, niedergeschlagener Stimmung, aber auch in Verzweiflungsreaktionen.

Durch die Ableitbarkeit der depressiven Verhaltens- und Befindensstörungen von auslösenden Ereignissen und die durch sie begründeten psychopathologischen Vorgänge sind sie dem Bewußtsein leichter zugänglich.

Diese Bewußtheit wird von SPIEL als Charakteristikum der reaktiven Depression zur Abgrenzung gegen die depressive Neurose und andere Depressionsformen verwendet: "... uns kommt es bei unserer Überlegung nicht so sehr darauf an, die Reaktionen ... nach gesund oder krank hin einzustufen, sondern vielmehr darauf, daß sich da ein durchaus bewußter Vorgang abgespielt hat ..." (SPIEL).

> Es ist allerdings zu fragen, ob die depressiven Vorgänge beim Kind derart bewußt ablaufen. Nach v.BAEYER sollen "solche Fälle in der Regel erst in der späten Kindheit vom 10.,11. Lebensjahre an auftreten...sehr wahrscheinlich doch aus dem Grunde, daß zum Traurigsein ein gewisser Reife- und Differenzierungsgrad vonnöten ist". WARREN und CAMERON sehen die reaktive Depression wie v.BAEYER vorwiegend in der Pubertät und Adoleszenz auftreten. Erst in späteren Jahren ist eine durch das auslösende Moment bestimmte inhaltliche Gestaltung zu erwarten (EGGERS).

Werden typische Depressionen nach adultem Muster bei Kindern beobachtet, so sind sie meist allein reaktiver und nicht endogener Natur. Die Kinder erscheinen dann auch eher traurig als primär dysphorisch (GITTELMAN - KLEIN).

> In den ersten Lebensjahren treten nach EGGERS und anderen depressive Reaktionen nach Verlust- oder Trennungserlebnissen auf: "... sie können bei Kindern auftreten, die nur für kurze Zeit aus einem günstigen Eltern-Kind-Verhältnis herausgerissen werden und z.B. kurzfristig wegen Krankheit hospi-

talisiert werden müssen" (EGGERS). Bei ihnen laufen die depressiven Reaktionen - gemäß ihrem alterspezifischen Kolorit - mit vorwiegend somatischen und psychosomatischen Erscheinungen ab.

Die Überlegungen nach der Relation zwischen Reaktion und Persönlichkeit und dem der depressiven Reaktion zugrunde liegenden psychodynamischen Mechanismen leiten bereits in die Frage des Verhältnisses zur neurotischen Depression über. Das Vorhandensein neurotischer Elemente und endogener Komponenten ist auch zu bedenken, wenn reaktive depressive Zustände unzureichend motiviert und von einer Ursache nur teilweise ableitbar sind sowie abnorm lange oder unbestimmt in ihrer Dauer auftreten (NISSEN).

1.1 b Depressive Neurose

Die neurotische Depression ist eine "ängstlich - traurige Verstimmung, die ihre Ursache nicht in einer endogenen Krankheit, sondern in einem verdrängten neurotischen Konflikt hat und meist in Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis ausbricht" (PETERS).

Dabei ist die Kontinuität der neurotischen Entwicklung über längere Zeit hin, oft von frühester Kindheit an, wesentlich für das Verständnis neurotischer Dynamismen. Neben der Chronifizierung einfacher depressiver Reaktionen spielen vielfältige psychogene Fehlentwicklungen eine Rolle. Sie führen zu einer neurotisch-depressiven Grundeinstellung, die es ermöglicht, daß auch alltägliche und geringfügige Traumen pathogenetisch wirksam werden; deshalb müsse der Nachweis dieser stark mit der Persönlichkeitsstruktur verwobenen, zu depressiven Zuständen disponierenden neurotischen Fehlhaltung geführt werden (BRÄUTIGAM, v.BAEYER).

Dabei erreichen die Vorgänge lange nicht den Bewußtseinsgrad wie bei der reaktiven depressiven Verstimmung (VOELKEL). Eine Fülle schwerer Konflikte mit gegeneinander wirkenden Tendenzen und Motiven liegt vor (NISSEN, SPIEL).Sie lassen die Tendenz zur Automatisierung erkennen, d.h. ein Ausheilen von selbst komme kaum vor (WINZENRIED), Verbindungen zu depressiven Entwicklungsstörungen sind gegeben.

Nahezu jede Richtung in der Psychologie wie beispielsweise die pädagogische -, die Entwicklungs-, Sozial- und Persönlichkeitspsychologie leistet ihren Beitrag zur Erhellung der Psychogenese der depressiven Neurose im Kindes- und Jugendalter.

P s y c h o a n a l y t i s c h e Arbeitshypothesen, die heute weitgehend in die Normalpsychologie eingegangen sind (DÜHRSSEN), sehen die Anfänge der depressiven Neurose vorwiegend in den Früherfahrungen der kindlichen Erlebnis- und Triebwelt liegen.

> Die für die Depression typische Herabsetzung des Selbstwertgefühls veranlaßte FREUD zur Entwicklung seines strukturellen Depressionskonzeptes. Da in der Depression eine starke identifikatorische Bindung des schwachen depressiven Ichs an das Liebesobjekt bestehe, löse ein Verlust dieses Objektes mit der charakteristischen Entzweiung zwischen dem Ich und dem Über-Ich die Depression aus.
>
> Diesem mehr am Erwachsenen orientierten Depressionsmodell stellte ABRAHAM triebdynamische Aspekte gegenüber. Der auslösende Objektverlust verursache eine "Welle des Hasses" gegen das geliebte Objekt. Die daraus erwachsenden Schuldgefühle führten zu einer Repression der Aggressionen und damit zur Depression. Die Fähigkeit zur Objektliebe sei bei Depressiven besonders unvollkommen ausgeprägt. ABRAHAM zeigte als erster die Zugehörigkeit der neurotischen Depression zur späten oralen und frühen analen Organisationsstufe der Libido auf, die später immer wieder bestätigt wurde (LOCH).

Neoanalytische Ansätze dienen vor allem in der S o z i a l p s y c h o l o g i e dem Aufweis sozialisationstypischer Konfliktkonstellationen, ebenso gehen sie in die Theorienbildung der E n t w i c k l u n g s p s y c h o l o g i e ein.

> Erfährt das Kind in seiner frühen sensiblen Phase eine Beeinträchtigung seines "Urvertrauens", so resultiere nach ERIKSON hinfort die Gefahr eines resignativen Mißtrauens auf dem Boden einer "Urangst". Das Gefühl des "Zukurzgekommenseins" könne in allen späteren mitmenschlichen Kontakten wieder aufleben. Durch frühkindliche Erfahrungen erfolge eine "Basisprägung", eine Verhaltensdetermination, die im Schulalter noch voll zutage trete und von späteren Milieueinflüssen kaum überformt werde (MEVES, FREDERKING). Sicherlich

auch, weil allgemein Gefühlsassoziationen stärker wirksam werden als kognitiv - rationale Erfahrungen (DÜHRSSEN).
SCHULTZ-HENCKE wandte sich in verstärktem Maße der frühkindlichen Triebwelt zu. Werde das Kind in seinem oralkaptativen Antriebsvermögen gehemmt, so resultiere daraus ein verminderter Aufforderungscharakter der kindlichen Erlebniswelt. Eine klare Wunschvorstellung genau wie ein deutliches Furchterleben könnten dann kaum ins Bewußtsein durchbrechen. Diese "intentionale Hemmung" sei ein charakteristisches Merkmal depressiver Erkrankung.
DÜHRSSEN führte den Gedanken einer unausgeformten Wunsch- und Phantasiewelt des oralen Bereichs als besondere Eigentümlichkeit der depressiven Charakterstruktur weiter fort.

Wird eine Hemmung in der nun folgenden analen Phase mit ihrer beginnenden motorischen und ideatorischen Expansivität z.B. durch übermäßige Strafen, durch Abwesenheit oder Tod der Mutter erfahren,so unterbleibt die Auseinandersetzung mit der Umwelt in der Trotzphase. Die gesamte innere Dynamik wird mit ihren zugehörigen aggressiven Tendenzen verdrängt. In einer anschließenden krankhaft - neurotischen Entwicklung können sich diese nun als autoaggressive Tendenzen gegen das eigene Ich wenden oder bei jeder nur gering stimulativen Situation in zwanghaften Entladungen zum Ausbruch kommen. Unter Umständen führt dies zu einer verstärkten Ichproblematik und Selbstfindungsschwierigkeiten in der pubertären Phase (MALMQUIST).

Zur Stabilisierung eines gesunden Selbstwertgefühles ebenso zur Bewältigung der nach M.KLEIN physiologischerweise auftretenden depressiven Position ist die von der Mutter oder einer Bezugsperson gegebene Bestätigung des Kindes eine notwendige Voraussetzung.
Ist diese Stabilisierung im "Idealselbst" nicht vollzogen, so leite sich daraus ein schwerwiegender Ich- oder Selbstdefekt ab, der nur durch die wiederholten "Introjektionen" liebevoller Bestätigung und Zuwendung ausgeglichen werden kann (LOCH). "So geartete Personen befinden sich ständig in einem äußerst labilen, ja prekären Gleichgewicht; denn von diesen Introjektionen oder von der tatsächlichen Gegenwart eines ihr Wohlbefinden garantierenden Objektes hängt schlechthin ihre Existenz ab" (LOCH).
FREUD hat gerade diesen Aspekt anhand der im Erwachsenenalter zu treffenden Liebeswahl einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Da bei einem Depressiven der Partner nicht als Person, sondern identifikatorisch zur Stützung seines geschwächten Ichs gewählt wird,müssen Enttäuschungen viel rascher zu einer Kränkung und Aufgabe der Beziehung und damit reaktiv wiederum zu einer Depression Anlaß geben.

Alle den Aufbau eines normalen Selbstwertgefühles behindernden Einflüsse können im Laufe des Sozialisationsprozesses zur Ausbildung einer depressiven Neurose beitragen.

In der Kleinkindzeit stehen oftmals Induktionsprozesse im Vordergrund; sie initiieren auf dem Wege der Imitation, Identifikation und der Übernahme sozialer Muster von depressiv gestimmten Eltern ein negatives Selbstkonzept.
Später gewinnen unbewältigte konflikthafte Erfahrungen in Familie, Freundeskreis und Schule an Bedeutung. Im Kindesalter spielt in diesem Zusammenhang die Auseinandersetzung um die Anerkennung durch Gleichaltrige ebenso wie erste Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen in der Schule eine Rolle. In der Vorpubertät und Pubertät stellen Schwierigkeiten bei Ablösungsprozessen des Jugendlichen aus der Familie, bei Selbstfindungsproblemen, Autoritätskonflikten und Triebansprüchen Ansätze zu einer depressiv-neurotischen Fehlhaltung dar.
Sämtliche depressiogenen Einflüsse haben nur dann eine depressive Neurose zur Folge, wenn die Familie oder die Bezugspersonen zu einer Hilfe bei der Bewältigung der Konflikte unfähig sind. Diese Bewältigung ist bei einem ständigen Wechsel der Bezugspersonen wie auch bei einer Familie mit "broken home" Konstellationen oder anderen Belastungen im allgemeinen erschwert. Ungünstige Familienverhältnisse wirken vor allem über die Verschlechterung der Familienatmosphäre begünstigend auf die Entstehung und Vertiefung einer depressiven Neurose ein.

Durch fortgesetzte Mißerfolgserlebnisse und Überforderungen "lernt" das depressiv-neurotische Kind sich zurückzuziehen, es zeigt Verhaltensweisen, die die Depression als "gelernte Hilflosigkeit" (SELIGMAN) verstehbar werden lassen.
Solche Erfahrungen eigenen Versagens im Kindes- und Jugendalter führen zu einem negativen, resignativ-depressiven Selbstbild. Es vollziehen sich Prozesse der Wahrnehmungsänderung auch im Welt- und Zukunftsbild des Depressiven. Die neurotische Depression kann deshalb, wie kognitiv orientierte Beiträge feststellen, auch als eine "Blockierung der Umwelterfahrung und -wahrnehmung angesehen werden" (JOHNSON).

So reagiert das depressiv-neurotische Kind schwächer auf vorher positiv aufgenommene Verstärkungen. Für negativ verstärkende Sanktionen und Einflüsse erweist es sich hingegen durch seine Angstbereitschaft und Labilität als vermehrt sensibel und zeigt auch häufiger negativ-verstärktes Verhalten (SCHULTERBRANDT).

Viele der angesprochenen, ursächlich zur Depressionsgenese beitragenden konflikthaften Konstellationen und Prozesse sind nicht nur für die depressive Neurose, sondern für

weitere depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörungen verantwortlich; ebenso kann aus einer depressiven Entwicklungsstörung durch die Ausweitung und Vertiefung der depressiven Grundhaltung auch eine manifeste depressive Neurose erwachsen.

Wegen des Weiterwirkens früher depressiogener Kindheitserfahrungen bis in das Erwachsenenalter beziehen manche Autoren diese frühen Störungen in den Kreis der neurotischen Depression ein. Dabei handelt es sich um emotionale Mangelsyndrome der ananklitischen Depression, des chronischen Verlassenheitssyndroms, wie die Reaktionsweisen "unerwünschter Kinder", die FREUD auf einen Todestrieb zurückführt (EGGERS). Die "primal agitated depression" nach PUTNAM-RANK-KAPLAN muß hier ebenfalls berücksichtigt werden (REMSCHMIDT).

Allerdings äußern verschiedene Autoren Bedenken, bei diesen frühkindlichen Formen der Depressivität bereits von neurotischen Depressionen zu sprechen. Die Persönlichkeit eines Kindes sei für eine depressive Neurose noch zu wenig ausgeformt, man könne die Bezeichnung neurotische Depression oder depressive Neurose erst für die Pubertät und im Erwachsenenalter anwenden (NISSEN, RIE). v.BAEYER rechnet in manchen Fällen auch die depressiv gefärbte Adoleszenzkrise zu den Depressionsneurosen.

Der multifaktoriellen Verursachung entspricht ein mannigfaltiges Erscheinungsbild der depressiven Neurose.

Die Vorgänge erreichen lange nicht den Bewußtseinsgrad der reaktiven depressiven Verstimmung (SPIEL). So ist das phänotypische Erscheinungsbild der depressiven Neurose nach v.BAEYER "qualitativ im allgemeinen weniger charakteristisch und verwaschener im Sinne der polymorphen dysthymen Verstimmung, die morose, ja aggressive, häufiger noch ängstliche Züge zeigt und das eigentliche Traurigsein mehr oder minder vermissen läßt". Ängstlichkeit an sich kann in der Symptomatik vieler Neurosen wesentlich sein, doch besteht zur depressiven Neurose, nament-

lich im Kindesalter, eine besondere Beziehung(FREDERKING).

"Die als neurotisch bezeichneten Depressionen des frühen Kindesalters können aber gelegentlich auch den vollen Ausdruck des Traurigseins tragen und mit entsprechenden Klagen, z.B. über eigene Schuld, Wertlosigkeit und Lebensüberdruß einhergehen" (v.BAEYER).

> Diese frühe depressive Reflexionsfähigkeit verweist in solchen Fällen auf eine durch Ambivalenz und Schuldgefühle hervorgerufene vorzeitige Differenzierung der Persönlichkeit, ein frühzeitiges Aufhören der kindlichen Naivität und Ungebrochenheit, das als Altklugheit imponieren kann"(v.BAEYER).

Neurotische Depressionen gehen häufig mit vegetativ - somatischen Symptomen einher; sie zeigen beispielsweise Appetit- und Einschlafstörungen (BUSCH).

Weiterhin sind eine "häufig und sehr schnell zwischen den Qualitäten niedergedrückt und gereizt wechselnde Stimmungslage"auffällig, "ferner ein Alternieren von somatischen und psychischen Symptomen ... sie lassen im allgemeinen Tagesschwankungen der Stimmung vermissen, obwohl Schwankungen sehr geringer Intensität auch hier gelegentlich vorkommen können" (BUSCH).

> Sowohl die Stimmungsschwankungen wie die vegetative Symptomatik lassen die Differentialdiagnose zur endogenen Depression schwierig werden.

Für die Zeit der Pubertät kann die "Anorexia" als Prototyp der neurotischen Depression gelten (EGGERS).

> "Hinter einer ausgebildeten Magersucht steht immer eine tiefgehende depressive Verstimmung"(DÜHRSSEN). Diese Depressivität wird allerdings durch eine gespielte Heiterkeit und Munterkeit häufig verdeckt.

Vor allem bei den anorektischen Patienten zeigt sich häufig die für die neurotische Depression charakteristische Diskrepanz zwischen einem hohen, unerreichbaren und nicht erreichten Ideal und der perzipierten Wirklichkeit, die ihrerseits als minderwertig und negativ wahrgenommen wird. Diese Dehiszenz bezieht sich sowohl auf die Forderungen und Erwartungen an die eigene Person wie auf die Ansprüche an

Bezugspersonen. Daraus entstehende Enttäuschungen unterhalten und vertiefen eine depressive Neurose (EGGERS, LOCH, DÜHRSSEN).

Eine andere vielfach beschriebene Möglichkeit depressiver Verhaltensstörung besteht in der Entwicklung aggressiv - dysphorischer Zustände (MALMQUIST, AYD). NISSEN erinnert an unstete oder mißlaunige Kinder, vorzugsweise Jungen.

Hier bestehen Beziehungen zur neurotisch-depressiven Verwahrlosung, die sich aus der depressiven Neurose entwickeln kann. Nur bei neurotischen Formen der Depression, jedoch nicht bei endogenen, beobachtete v.BAEYER eine Kombination mit deliquentem Verhalten.

Häufig wird eine Entwicklung in eine Drogen- oder Alkoholsucht beobachtet (GADEKE,GEHRMANN,DÜHRSSEN).

Endogene Momente spielen bei der Depressionsgenese sicher eine Rolle. Sie werden von psychoanalytisch orientierten Forschern selbst bei leichteren Formen der neurotischen Depression anerkannt (FREUD, ABRAHAM, DÜHRSSEN).

Die Differentialdiagnose der depressiven Neurose zur endogenen phasischen Depression muß sorgfältig erwogen werden.

Da sich depressiv-neurotische Entwicklungen beim Hinzutreten neuer Konflikte immer wieder zuspitzen, kann eine Periodizität und ein phasischer Verlauf vorgetäuscht werden (HOFMANN).

Es ist auch möglich, daß eine im Kindesalter manifest gewordene neurotische Symptomatik im Zeitraum der Pubertät weitgehend überwunden scheint und erst bei Belastungen oder im Involutionsalter erneut durchbricht (WALCHER).

Bei Kindern werden langdauernde neurotische Störungen seltener diagnostiziert als bei Jugendlichen.
Die Zunahme depressiver Erkrankungen in letzter Zeit betrifft neben den reaktiv - depressiven Verstimmungszuständen auch die depressive Neurose.

1.1 c Ananklitische Depression

Die frühesten Schädigungen des Kindes werden von der Psychoanalyse in das Säuglingsalter verlegt, in dem die

"orale" Triebwelt vorherrscht, Subjekt und Objekt als Einheit erlebt werden und die Bestätigung dieser Einheit die Voraussetzung für den Aufbau des für eine normale kindliche Entwicklung notwendigen "Urvertrauens"(ERIKSON)bildet.

Aus der Bedrohung dieser Einheit durch einen Objektverlust, der hier durch Affektentzug vollzogen wird, resultiert die von SPITZ und anderen beschriebene "ananklitische Depression". Bei dieser handle es sich um einen unvollständigen Liebesentzug im Gegensatz zum vollständigen Liebesentzug des Hospitalismus, der bei langer Fortdauer sogar letal enden kann (WEBER, SPITZ).

> In den ersten Stadien eines Hospitalismus können sich Zustände zeigen, die einer ananklitischen Depression vom Erscheinungsbild her entsprechen. Sie werden allerdings relativ rasch durchlaufen; nach drei Monaten zeigt sich ein neues klinisches Bild mit Verlangsamung der Motorik und Entwicklungsstillstand (SPITZ).

"Eine für das Entstehen einer ananklitischen Depression notwendige Bedingung besteht darin, daß das Kind vor der Trennung eine g u t e Beziehung zu seiner Mutter gehabt hat. Es ist auffallend, daß die von ihren Müttern getrennten Kleinkinder Störungen anderer Art zeigten, wenn vor der Trennung s c h l e c h t e Mutter-Kind-Beziehungen bestanden hatten". Ihre "psychotoxischen Störungen gingen nicht auf einen Objektverlust zurück, sondern entwickelten sich als Folgen der Beziehung, die der Trennung von der Mutter vorangegangen war" (SPITZ).

> SPITZ charakterisierte den chronischen Zustand dieser emotional deprivierten Kinder zunächst als "leichte" Depression. Später "stellte sich heraus, daß sich hinter diesen Fällen von "leichter Depression" eine Reihe verschiedener psychotoxischer Störungen verbarg".
>
> MALMQUIST und andere sehen erste Ursachen für diese gestörten oder fehlenden Mutter-Kind-Beziehungen gegeben, wenn die Mutter das vitale Bedürfnis auf emotionale Einheit nicht erkennt und daher unzureichend befriedigt, der Säugling also keine "Mutter-Kind-Dyade" (SIMMEL) aufbauen kann.
> Hier werden viele Faktoren bedeutsam, die bereits von der Kindheit der Mutter herrühren. War die Mutter ab-

gelehnt, ja gehaßt worden, so werden "in diesen Frauen starke selbstzerstörerische Tendenzen lebendig ... die es natürlich auch verhindern, daß sich gleichzeitig pflegerische Möglichkeiten entwickeln"(DÜHRSSEN).

Schlechte Mutter-Kind-Beziehungen entstehen auch durch einen ständigen Wechsel der Bezugspersonen oder durch Verwöhnung im Wechsel mit Nichtbeachtung.

"Natürlich kann in dieser Phase die Depression (des Säuglings) nicht eine "Überzeugtheit" der Bedrohung des Seins sein, sondern sie "ist" die Bedrohung des Seins" (STRUNK).

Die ananklitische Depression ist also grundlegend von der Depression des Erwachsenen verschieden, auch wenn die Symptome und der Gesichtsausdruck dieser Kinder sehr stark an die Symptomatik erinnert, die bei depressiven Erwachsenen zu finden ist.

Angesichts des unvollständigen psychischen Apparats der Kinder und angesichts der spezifischen ätiologischen Faktoren, die dieses Syndrom hervorrufen, wie wegen Besonderheiten seines progressiven Verlaufes schien es SPITZ geboten, es klar vom adulten Depressionsbegriff zu unterscheiden. Andere Autoren wie RIE oder LOCH äußern ebenfalls Bedenken, diese Störung bereits als "Depression" anzuerkennen; es sei hier eher von Unlust oder Entwicklungsverzögerung zu sprechen.

Es besteht kein Einwand, von der ananklitischen Depression als einer Reaktion im weitesten Sinne zu sprechen (RISTIĆ und VESEL), wenngleich sie sich in manchem von der einfachen erlebnisreaktiven Depression unterscheidet.

So handelt es sich um eine progressive "kontinuierlich depressive Entwicklung", deren Stadien von anhaltendem Schreien oder Wimmern über Kontaktverweigerung bis zur völligen Apathie mit Schlafstörungen, Gewichtsverlust, psychomotorischer und psychophysischer Entwicklungsverzögerung verlaufen. Auch ist sie an eine bestimmte Altersstufe gebunden - die größte Sensibilität für Trennungsschäden soll im zweiten Lebenshalbjahr bestehen (BATTEGAY).

Ähnliche Reaktionen zeigt nach der Beschreibung BOWLBYs ein Kleinkind, wenn es von seiner Mutter getrennt wird. Dort folgt auf das Stadium des Protestes, der einige Stunden bis höchstens einige Tage andauert,

das Stadium einer apathisch-depressiven Verzweiflung, das in eine sture Monotonie mit stereotypen Aktivitäten übergehen kann.

Die ananklitische Depression dauere meist zwischen drei und fünf Monaten an, die psychischen Störungen sind dabei umso ausgeprägter, je länger der Säugling der Entzugssituation ausgesetzt ist. Nach dreimonatiger Entbehrung der gewohnten Mutterliebe ohne hinlänglichen Ersatz beginnt bei einem Säugling eine Übergangszeit von etwa zwei Monaten, in deren Verlauf sich die Störung vertieft, allerdings bei einer Rückkehr der Mutter teilweise reversibel ist. "Wenn die Trennung jedoch länger als fünf Monate dauert, ändert sich die ganze Symptomatik von Grund auf und scheint mit dem prognostisch ungünstigen Syndrom dessen zu verschmelzen, was ich als "Hospitalismus" bezeichnet habe" (SPITZ).Der langandauernde unvollständige Affektentzug wirkt sich dann wie ein vollständiger Liebesentzug aus.

"Die Kinder zeigen als Spätfolgen häufig mannigfache Verhaltensstörungen und Wesensauffälligkeiten, insbesondere Beeinträchtigungen der Kontaktfähigkeit, Mängel im affektiven und emotionalen Erleben und Lücken im Gefüge antriebsmäßig-intentionaler Strebungen" (EGGERS).

"Es blieb aus longitudinalen Studien jedoch übrig, daß die einmal in so schwerer Form geschädigten Kinder eine dauerhafte Beeinträchtigung ins Erwachsenenalter mit hineinnehmen (DÜHRSSEN).

1.1 d Die depressive Position und die introjektive Depression.

Kann das Kind in dem höheren psychischen Reifungsstadium der späten oralen und in der folgenden analen Phase, etwa ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, erste Schuldgefühle und Aggressionen entwickeln, tritt nach Melanie KLEIN physiologischerweise die Durchgangsphase der depressiven Position auf.

Das Kind entwickelt im Zuge der Expansionstendenzen in der

analen Phase Omnipotenzphantasien und Ansprüche an die Mutter, sich weiterhin uneingeschränkt den Wünschen des Säuglings zu entsprechen. Erfährt das Kind nun notwendige Desillusionierungen bei der Umwandlung der Größenphantasie in eine realitätsbezogenere Bedürfnisäußerung, so weckt das Unlustgefühle und Aggressionen gegen die Mutter. Da aber gleichzeitig "liebevolle Gefühle" weiter bestehen, bewirken diese destruktiven Gefühle schuldhafte Empfindungen, die depressive Position.

Gewährt die Mutter dem Kind nun kein ausreichendes Gefühl emotionaler Geborgenheit oder erfährt der Säugling bei der Bewältigung der Desillusionierungsakte ungewöhnlich große Kränkungen beziehungsweise schwere Belastungen durch Abwesenheit oder Tod der Mutter, so verharrt das Kind in dieser depressiven Position. Nach der Auffassung Melanie KLEINs ist damit der Grund für eine depressive Entwicklung in späteren Lebensabschnitten gelegt.

Verfestigen sich diese Schuldgefühle durch eine wiederholte Introjektion, so entstehe später ein Minderwertigkeitskomplex, den das Kind durch erhöhte Leistungsanforderungen und Leistungsansprüche an sich selber wie penible Ordentlichkeit und starres anankastisches Festhalten an Ordnungen und Prinzipien auszugleichen sucht (KLEIN, EGGERS).

Die depressive Position stellt also für die Ausbildung einer späteren Depression eine erste entscheidende "Fixierungsstelle" (LOCH) dar. Es bestehe die Gefahr eines melancholischen Wahns, der durch die Themen von Versündigung, Vernichtung, Verarmung, Minderwertigkeit und Schuld bestimmt ist (EGGERS, LOCH).

1.1 e Depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörung

SPIEL versteht hierunter einen psychodynamisch grundsätzlich anderen Vorgang als bei den Reaktionen und Neurosen. Hier entstehen Wesenseigentümlichkeiten, weil sich "der Entfaltungs- und Differenzierungsprozeß der Persönlichkeit unter konstanten Prägevorgängen ganz besonderer Art voll-

zieht, so daß sich ... Charakterzüge entwickeln müssen, die von der Norm abweichen".

Bestimmend ist die "pathologische Erziehungsgestaltung der Eltern, sei es, daß diese verwöhnend, versagend, entmutigend, fordernd, autoritär oder perfektionistisch sei" (SPIEL). Bestimmte Konstellationen der sozialen Stellung, die Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen, die Position in der Geschwisterreihe oder das Gezeichnetsein durch irgend ein besonderes Merkmal, etwa einer Körperbehinderung spielen ebenfalls eine Rolle.

Eine depressive Stimmung wird bei einem Kind vor allem dann induziert, wenn die Mutter in den beiden ersten Lebensjahren des Kindes depressiv ist, selbst wenn dies erst Jahre später offenbar wird(MALMQUIST). Beim älteren Kind gewinnt die Person des Vaters zunehmend an Bedeutung (STÄDELI). Die Kinder versuchen in diesen Fällen das Gefühl der Einheit und Harmonie durch eine Annahme elterlicher Stimmung zu erreichen. Die Gefahr der Übernahme depressiver Gestimmtheit besteht insbesondere bei Kindern, die in totaler Identifikation ohne große Spontaneität mit einem oder beiden Elternteilen eine "Als-Ob-Existenz" entwickelt haben, in der sie ihre Daseinsberechtigung und Werthaftigkeit nur vom "Gebrauchtwerden" durch die Eltern ableiten (BRODEY, DAVIDSON).

Fühlt sich das Kind in irgendeiner Weise für die pessimistische Stimmung der Eltern verantwortlich, so gerät es, wenn es diese nicht ändern kann, in depressive Versagens- und Schuldgefühle (DAVIDSON).

Erlebt sich das Kind als erfolglos und überflüssig, kann dies zu einer Selbstherabsetzung mit wahnhaften Ausmaßen führen - vor allem, wenn Geschwister vorhanden sind, die mehr gelten als das depressive Kind. Derartige Konstellationen treffen vermehrt auf das jüngste Kind (LANGENMAYR) aber auch auf das verantwortungsbeladene älteste Kind der Familie zu. Hieraus kann sich eine Außenseiterposition entwickeln, die verstärkt wird, wenn andere belastende Ereignisse - wie Krankheit, Körperbehinderung oder Leistungsschwäche hinzutreten.

Die positiv besetzte exponierte Stellung eines Einzelkindes kann infolge zu großer Leistungsanforderungen ebenso zu einer neurotisch - depressiven Fehlhaltung führen, vor allem wenn das Kind spürt, daß es die Erwartungen nicht erfüllen kann, die man in es setzt, um einen sozialen Aufstieg zu erreichen. Ein solches Kind hat oftmals übersteigerte Furcht vor Strafen, "es ist fleißig um den Preis der Anerkennung und

und fühlt sich doch gleichzeitig minderwertig" (MALMQUIST).

Solche Kinder zeigen zuweilen eine vorgereifte Ernsthaftigkeit mit überstarker Superego-Formation.

Ähnliche kindliche und jugendliche depressive Erscheinungsbilder werden durch Fixierung auf Leistungs- und Wohlverhalten, durch eine Einschränkung der kindgemäßen Entwicklungsmöglichkeiten und der Bewegungsfreiheit infolge des Übermaßes an Fremdbestimmung in der overprotektiven Erziehungshaltung hervorgerufen.

Eine weitere Möglichkeit der Entwicklung einer Depressionsneigung ist im sogenannten "Josefssyndrom" gegeben (COHEN). Diese Kinder spüren eine besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung ihrer Eltern und fürchten deshalb unbewußt die Eifersucht der anderen Geschwister. Sie entwickeln so eine Haltung chronischer Selbstzurückhaltung und Untertreibung des eigenen Leistungsvermögens zusammen mit dem Gefühl, anderen ständig helfen oder geben zu müssen, um von ihnen angenommen zu werden. Diese Problematik betrifft häufig die Ältesten in der Geschwisterreihe.

Die Neidproblematik leitet zu den Überlegungen der Individualpsychologie ADLERs über. Er sieht die depressive Neigung eines Kindes oder Jugendlichen - aus welchem Anlaß sie auch immer entstanden sein mag - verstärkt werden, wenn der Betroffene spürt, daß er mit seinen Tränen, Stimmungen und mit mitleiderregendem Verhalten die Eltern beherrschen kann. Daher erscheint das depressive Kind oft als manipulierendes, feindseliges und auch aggressives Kind, das andere unbewußt beherrschen und alle Zuwendung für sich gewinnen möchte.

Die verwöhnende Erziehungshaltung, die ein ähnliches Fehlverhalten bei Kindern und Jugendlichen bewirken kann, ermöglicht durch die meist eintretende Reduzierung der Frustrationstoleranz zusammen mit einer oftmals überhöhten Anspruchshaltung ebenfalls die Ausprägung einer depressiv-neurotischen Persönlichkeitsstruktur.

Ob man im Kindesalter die depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörung als grundsätzlich pathogenetischen Ablauf von der neurotischen Entwicklung trennen kann, ist nicht ohne Grund in Frage gestellt worden. Nach SPIEL kommt es zu einer Mischung von Erlebnisreaktionen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und neurotischem Geschehen. Der Schwerpunkt seiner Darstellung liegt jedoch bei der Hervorhebung einer Konstanz peristatischer Einflüsse bei gleichzeitiger Wirksamkeit genetischer Komponenten.

1.1.f Depressive Persönlichkeitsstörungen

Depressive Persönlichkeitsstörungen sind das Ergebnis eines Zusammenwirkens von Anlage, Konstitution, Umwelt und Lebensgeschichte. Spricht man im Kindes- und Jugendalter trotz sich entwickelnder und noch ausformender Charakterstrukturen von depressiver Persönlichkeitsstörung, so bezieht man sich auf immer wiederkehrende und dominierende, erkennbare Reaktions- und Verhaltensweisen depressiver Art. Langdauernde Verstimmungszustände wechselnder Intensität ohne begründeten und ausreichenden Anlaß sind für die depressive Persönlichkeitsstörung kennzeichnend.

> Bei Kindern und Jugendlichen äußern sie sich häufig in Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, intentionaler Hemmung. Die Kinder sind weich, gemüthaft und sensibel, ihre Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt. Oft besteht eine Neigung zu Zwanghaftigkeit und hypochondrischer Selbstbeobachtung zusammen mit einem überwachen Gewissen (PIEPER, PETRILOWITSCH).

Zu dieser Gruppe der depressiven Persönlichkeitsstörungen zählen Charakterneurosen wie die als Psychopathien bezeichneten abnormen Persönlichkeitsvarianten, sofern bei einer Psychopathie überhaupt von Depression im eigentlichen Sinne gesprochen werden kann (SCHMID). Einzurechnen sind die perimenstruellen Verstimmungszustände junger Mädchen (STUTTE) wie die von PIEPER beschriebenen sogenannten konstitutionellen Depressionen bei Kindern und Jugendlichen.

Die depressiven Persönlichkeitsstörungen wurden auch als Vorstufen zu endogenen Depressionen angesehen(VILLINGER), zu den depressiven Neurosen sollen Beziehungen bestehen. Allerdings wird der Einfluß konstitutioneller Faktoren bei den depressiven Persönlichkeitsstörungen stärker hervorgehoben (SCHULTE - TÖLLE).

1.2. Endogene Depression

Die Auseinandersetzung um das psychopathologische Wesen der Endogenität stellt auch in der Kinder-und Jugendpsychiatrie, die entwicklungsabhängige Phänomene erfasst,

ein zentrales Problem dar. Es geht vor allem um die Konkretisierung und Qualifikation ihrer Erscheinungsweisen.

> Bis heute ist noch keineswegs geklärt, ob man im Kindes- und Jugendalter bereits von einer endogenen Depression sprechen kann und in welcher Form sie auftreten soll. Stehen erste zyklothyme Schwankungen als Vorläufer oder bereits als erste Manifestationen mit einer späteren endogenen Erkrankung im Zusammenhang oder soll man sie als einfachere Ausführungen, als "embryonic forms"der adulten Erkrankung ansehen? Möglich wäre auch,sie als eigenständige Erkrankungen des frühen bzw.späten Kindesalters von den adulten Formen der Depressivität abzugrenzen; einige Autoren sehen zyklothyme Schwankungen als dynamische Einheiten mit der normalen Entwicklung verschmolzen(ANTHONY und SCOTT).

Charakteristische Zeichen der Endogenität sind ein motivloses Auftreten der depressiven oder manischen Phasen in einem individuell vorgegebenen "endogenen" Rhythmus,ihre weitgehende Umweltstabilität wie die Feststellung einer heriditären Belastung.Die"phasische Eigengesetzlichkeit" (STRUNK) mit ihrer"weitgehenden reaktiven Unableitbarkeit der depressiven Phaseneinbrüche" (WEITBRECHT) sowie mit der "auch im Intervall ständig oszillierenden Antriebs- und Stimmungskurve"(v.BAEYER) wie auch einem "spontanen Ende bei unveränderter äußerer Situation" (FEER) machen das "Endogene transparent" (TELLENBACH). "Auch ein rascher und durchschlagender Therapieerfolg mit thymoleptischen Mitteln könnte mit Vorsicht zu Gunsten der Annahme einer endogenen Depressivität verwertet werden" (v.BAEYER).

Das Geschehen weist "auf eine Veränderung in einer Sphäre hin, die in jeder Weise der Selbstverfügbarkeit entzogen ist" und mit einer ausgeprägten "temporären Bestimmtheit" wirksam wird (TELLENBACH). Die innere Verursachung wirkt oft "sinnfremd als Unterbrechung in der Kontinuität des Lebensablaufes, d.h. die Veränderungen sind für andere wie für den Betroffenen selbst nicht einsehbar. Nach jeder Phase kann die Veränderung bei einer endogenen Depression wieder völlig verloren gehen, wesentliche Persönlichkeitsveränderungen sollen im allgemeinen nicht zurückbleiben.

Dies bedingt einen "ahistorischen Charakter" der Erkrankungszeiten (BÜRGER - PRINZ).

"Man weiß nicht, welches die Bedingungen sind, aus denen heraus die endogenen Psychosen manifest werden, welche Faktoren für die Art des Verlaufes verantwortlich zeichnen. Auch wenn man sich die Endogenität nicht zu mechanistisch vorstellen darf, so kann doch nicht bestritten werden, wie KOLLE es formuliert, daß sie mit einer entsprechenden Anlage ausgestattet sind" (WEITBRECHT); ihr biochemisches Korrelat wird heute in einer Störung des hirnorganischen Stoffwechsels, vor allem des Katecholaminstoffwechsels (SCHILDKRAUT) gesucht.

Die Wirksamkeit genetischer Faktoren wird durch mehrere Studien verdeutlicht (ANGST, PERRIS, ZERBIN- RÜDIN).

> Bipolare Erkrankungen zeigen einen früheren Krankheitsbeginn, eine höhere Mortalität sowie eine primär syntone Persönlichkeitsstruktur im Gegensatz zur asthenischen bei der unipolaren Depression (ANGST).
> Verwandte von bipolar Depressiven weisen eine Erkrankungswahrscheinlichkeit von 10,1 % für gleichsinnige bipolare Depressionen auf, während sie nur in weniger als 0,5 % eine unipolare Depression entwickeln. Umgekehrt zeigten Verwandte von unipolardepressiven Patienten eine Krankheitserwartung von 6,4 % für ebenfalls unipolare Verläufe und nur 0,3 % für bipolare Erkrankungen (PERRIS).
>
> Deshalb wird heute, wie LEONHARDT vorschlug, nicht mehr von Zyklothymien als einer einheitlichen Gruppe, sondern eher von phasischen Psychosen gesprochen und diese wiederum in unipolare (depressive) und bipolare (manisch-depressive) Verlaufsformen differenziert.

Nach heutiger Auffassung sind depressive Psychosen also "keine abnormen Erlebnisreaktionen oder Charakterentwicklungen, kein tiefenpsychologisch analysierbares und psychotherapeutisch korrigierbares Arrangement"(WEITBRECHT); dennoch erbrachten detaillierte klinische Beobachtungen Anhaltspunkte für einen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang des Auftretens und der Gestaltung endogener Krankheitsbilder mit lebensgeschichtlichen Ereignissen. Nach der Ansicht ANGSTs sowie PAULEIKHOFFs "gibt es über-

haupt keine rein endogenen Erkrankungen ohne Manifestationsförderung durch die Umwelt".

> Das Ineinandergreifen von Persönlichkeit und Situation ist(nach TELLENBACH) schon allein primär in der Ausbildung einer individuellen Situationsproblematik gegeben; diese versteht er als "eine spezifische, (konstitutionell bedingte) Prägbarkeit, die unter dem Einfluß peristatischer Prägekräfte eine Entwicklung zu einer spezifisch strukturierten prädepressiven Persönlichkeit ermöglicht ... Was wir"Typus melancholicus"nennen, ist gekennzeichnet durch bestimmte Empfindlichkeiten und Empfänglichkeiten für Situationen, die ... einen perniziösen Bedeutungsgehalt haben".
>
> Immer wieder wird bei prädepressiven Persönlichkeitsstrukturen auf "eine gewissenhafte Normgebundenheit bis hin zum Anankastischen" (v.BAEYER) verwiesen und so Berührungspunkte zu neurotisch - depressiven Momenten angesprochen.
>
> Die Empfindlichkeiten für pathogene Situationen können durch entwicklungsbedingte Auflockerung des Persönlichkeitsgefüges wie durch Schwächung des biologischen Untergrundes verstärkt werden (WINZENRIED). Nach BÜRGER - PRINZ können hier auch "Verstimmungen in der Pubertät in dem Sinne "endogen" sein ... als der leibliche Prozeß der Pubertät sie zu fundieren vermag". Interkurrierende Krankheiten, ein chronisches Schlafdefizit wie auch einfache Überanstrengungen körperlicher oder psychischer Art sind unter den eine Dekompensierung begünstigenden Momenten zu bedenken(WEITBRECHT).
>
> Die individuelle Situationsproblematik, die als Vorfeld einer Psychose wirksam wird, verliert im aktiven Geschehen ihren "scheinbar zufälligen, unbezüglichen, wenig relevanten Charakter" und unterhält mitauslösend und mitdynamisch das Dasein der Depression, nicht nur ihr Sosein (v.BAEYER).

Bei der Ingangsetzung depressiver Phasen wird für Erwachsene zumeist in 15 % (WEITBRECHT) bis 25 % (HUBER und GROSS) eine Provokation vermutet, wobei aus einer depressiven Reaktion häufig eine klassische Phase erwächst. Akute und einmalige Ereignisse, also "aktuelle Affektbelastungen, zielgerichtete Anspannungen und Anstrengungen" seien dabei nicht von so großer Bedeutung, "viel größer ist - und darauf ist bei der Melancholie besondere Aufmerksamkeit zu richten ! - die Anfälligkeit für jeden Wechsel gewohnter Situationen, für Entwurzelungskonstel-

lationen mit dem Verlust entscheidender Bezugspersonen" (SCHULTE).

> Möglicherweise wirken sich hier "broken home Faktoren" oder schulische Belastungen aus. Eine soziale Umstrukturierung in der Familie wirke nur dann provokativ, wenn in der Persönlichkeitsstruktur ebenso wie in der Familie keine ausreichende Elastizität für die Bewältigung einer Veränderung vorhanden sei (ÖZEK).

Das auslösende Ereignis wirke nicht so sehr durch seinen "Sinngehalt" sondern "sinnblind und reizinadäquat"(WEITBRECHT, K.SCHNEIDER, SCHULTE).Ihm hafte der Charakter des Zufälligen an. So können auch freudige Ereignisse eine depressive Phase auslösen (PAULEIKHOFF).

> Für das Verständnis der Vorgänge ist wesentlich,daß das auslösende Moment nicht als Ursache wirkt, sondern nur bereits vorzufindende depressive Reaktions- und Befindensmöglichkeiten aufdeckt, "den Boden für die Ingangsetzung latent vorhandener Reaktionsformen bereitet" (WINZENRIED).
>
> RISTIĆ und VESEL erläutern an einem dialektischen Vergleich: das Endogene sei die These, die sich mit kompensierenden Kräften der Antithese zur Synthese der Gesundheit verbinde. Tritt nun eine Beeinträchtigung der Antithese - das sind die gesundmachenden Kräfte - ein, so werde das Endogene sichtbar.

Die andere Wirkweise provokativer Ereignisse unterscheide seelisch ausgelöste endogene Psychosen von Erlebnisreaktionen, bei denen es gerade auf den Sinngehalt ankommt. Das Ausmaß der psychotischen Reaktionen stehe ähnlich wie bei den Neurosen in keinem Verhältnis zur Ursache(K.SCHNEIDER). Trotz dieser Wirkweise provokativer Vorgänge werden depressive Psychosen durch individuelle Zuflüsse und Erlebnisbedingungen inhaltlich und thematisch geformt und gefüllt (v.BAEYER, BÜRGER - PRINZ).

Die ersten Zeichen der endogenen Verschiebungen im Stimmungs- und Antriebsverhalten werden sowohl subjektiv wie objektiv besonders im Kindesalter nicht immer evident. So wird in keineswegs allen Fällen,gerade bei Erstmanifestationen ohne reaktiven Anstoß,von einem akuten Beginn der endogenen Phase berichtet (RICHTER und MÜLLER-FAHLBUSCH).

Bei Erwachsenen fand HOPKINSON in 30 % eine Prodromalphase, RICHTER und MÜLLER-FAHLBUSCH in 48 % einen subakuten Beginn, SCHLANGE-SCHÖNINGEN sogar in 80 % ein langsames Hineingeraten in eine endogene Depression.

Als erstes Zeichen kann lediglich eine periodische Krankheitsanfälligkeit auftreten, periodisch leichte Verhaltensstörungen (WINZENRIED) und andere phasenhafte Erscheinungen wie Leistungsabfall in der Schule, häufige Unlustäußerungen, Rückzug aus dem Kreis der Kameraden und Familie (STUTTE, v.BAEYER).
KRAEPELIN rechnete "gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils krankhafte Stimmungsfärbungen, die ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagung übergehen" in den Bereich der endogen - depressiven Erkrankungen mit ein.
Zwischen leichten endogenen Verstimmungen und schweren Psychosen im Kindes- und Jugendalter ergeben sich nach WINZENRIED "alle möglichen Abstufungen und damit die verschiedensten Überschichtungen, Vermischungen sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich, sei es in synchroner oder alternierender Verlaufsform". Kein kontinuierlicher Übergang bestehe allerdings zwischen den nicht-endogenen und den endogen-phasischen Depressionen.

Bei den verschiedenen Erscheinungsbildern ist eine gewisse Periodizität als Hinweis auf eine Endogenität wesentlich. Der endogen - phasische Rhythmus kann nach WINZENRIED bereits im frühen Kindesalter manifest werden und bis zum Ausbruch der Psychose unter den verschiedenartigsten Ausdrucksformen im körperlichen und seelischen Bereich verlaufen. v.BAEYER weist darauf hin, "daß insbesondere zyklothyme Phasen vor der Pubertät schwer diagnostizierbar seien, da sie ungemein unstabil und situationsabhängig und oft unter ganz uncharakteristischen Befindens- und Verhaltensstörungen verborgen sind".

Da diese kindlichen Depressionen im allgemeinen keine so tiefgreifende und keine so nachhaltige, für die Umgebung besorgniserregende Wesensveränderung nach sich ziehen, geben sie kaum Anlaß zu klinischer Behandlung (STUTTE).

Meist sind die ersten Manifestationen nur durch eine Langzeitbeobachtung als "endogen" zu verifizieren. Die Phasenhaftigkeit wird häufig erst nach der zweiten oder dritten depressiven Phase deutlich (LERSCH zit. v.BAEYER), ebenso kann der bipolare Verlauf erst nach mehreren unipolaren Zuständen zum Durchbruch kommen (ANGST, KEMSCHMIDT); entsprechend groß ist die Gefahr einer Fehldiagnose zugunsten einer nicht-endogenen bzw. unipolaren Depression.

Die Schwierigkeiten einer angemessenen Zuordnung der beobachteten depressiven Zustände zum Vorfeld einer Depression oder einer endogenen Psychose selbst beruhen auch auf der ganz allgemein geringeren Intensität der Symptomatik und der kleineren Amplitude des depressiven Geschehens im Kindes- und Jugendalter. "Ob kindliche Depressionen psychotische Ausmaße erreichen können, ist anfechtbar" (CONNELL).

> "Die Plastizität kindlichen Verhaltens durch Umwelteinflüsse und die erst allmähliche Ausformung und Differenzierung der Persönlichkeit lassen darüber hinaus vermuten, daß phasische Veränderungen der Gestimmtheit sich in frühen Altersstufen noch nicht zu einem Krankheitsbild verdichten können, etwa deshalb, weil auf die Verstimmung des Kindes verstehend eingegangen wird und dieses gegenüber der Intensivierung der Zuwendung noch offener ist. Andererseits könnte angenommen werden, daß die Eigenständigkeit der individuellen psychischen Abläufe noch nicht so ausgeprägt ist, daß eine derartig tiefgreifende und nachhaltige emotionale Aussteuerung überhaupt geleistet werden kann" (STRUNK).

Das klassische Bild des endogen - depressiven Erwachsenen mit seiner nahezu vollständigen, alles durchdringenden Hemmung des motorischen und ideatorischen Antriebs und der emotionalen Schwingungsfähigkeit, oftmals gepaart mit einer ängstlichen, inneren Unruhe und dem Gefühl, innerlich wie versteinert zu sein (SCHULTE und TÖLLE,KRAEPELIN), wird beim Kind kaum beobachtet.

Je jünger die Kinder sind, umso mehr sind sie den "vitalen Grundbefindlichkeiten" d.h. Antrieb, Stimmung, Anregbarkeit, Vegetativum und deren Störungen "ausgeliefert",

... weil sie noch weitgehend der starren Gehalte, fester gefügter Strukturen und des rationalen Überbaus entbehren" (BÜRGER - PRINZ). Aus der Labilität der Persönlichkeitsstruktur erklären sich die immer wieder mitgeteilten Stimmungsumschwünge, die beim älteren Kind von "tief gehemmt - depressivem Verhalten mit qualvoller agitierter Unruhe bis zu einem hell - manischen Bild" sogar mehrfach innerhalb eines Tages reichen können, wie die auffallende Kurzphasigkeit der Erscheinungen (BÜRGER - PRINZ, STUTTE). Sicher beeinflussen sich die kürzere Dauer und die geringere Verankerung in der Psyche des Kindes gegenseitig.

Später nehmen die psychischen Beeinträchtigungen zu wie Insuffizienzgefühle, Desinteresse am Spiel und altersgemäßer Interessengebiete, Selbstbezichtigungen, Suizidneigungen, Launenhaftigkeit; eine unkindliche Ernsthaftigkeit greift Verhaltensweisen eines Erwachsenen vor, sie gehen in der Remission wieder verloren. Die Symptomatik einer depressiven Phase entspricht den altersgemäßen Ausdrucksmöglichkeiten der Depressivität. In der Pubertät vollziehe sich ein "Feldwechsel" zur Symptomatik des Erwachsenen (WINZENRIED).

Charakteristisch für die endogenen Depressionen eines älteren Kindes sollen phobisch - anankastische und hypochondrische Syndrome sein (STUTTE). Im Kindesalter, häufiger noch in der Depression eines Jugendlichen kommen eigentümliche Mischaffekte vor, Schwankungen zwischen traurig und heiter, aggressiv und zurückgezogen (v.BAEYER, STUTTE). Akzessorische zuweilen ins "Atypische" reichende Symptome wie Wahn und Halluzinationen, die sich wie bei Erwachsenen meist als Kulminationserscheinungen auf dem Höhepunkt der melancholischen Phase entwickeln (CARLSON), treten häufiger als bei diesen bereits in den ersten Phasen auf. Sie stehen mit der pubertären Problematik im Zusammenhang und zeigen zuweilen Beziehungen zu schizophrenen Prozessen.

> Aus diesen Gründen wie auch wegen des Häufigkeitsanstiegs und der längeren Phasendauer juveniler endogener Depressionen, schlug BACH vor, die kindlichen von den jugendlichen Formen endogener Depressionen zu trennen.

Beim älteren Kind und beim Jugendlichen nimmt die Phasendauer zu, die Länge adulter Phasen von sechs, zwölf und mehr Monaten (MATUSSEK) wird allerdings kaum erreicht, die Phasen wechseln seltener.

Nicht in allen Fällen tritt eine nach den Feststellungen zur Endogenität zu erwartende eindrucksvolle spontane "Sekundenheilung" ein; oft ist ein protrahiertes "Herausgeraten" aus der depressiven Phase zu beobachten (SCHULTE).

Die Symptomatik der depressiven Phase erweist sich für die Verzögerung der Phase wie für die Symptomengestaltung des Intervalls als bedeutsam.

> Insbesondere wahnhafte Ängste mit einer elementaren angstvollen Agitiertheit sind nicht einfach zu kompensieren (WEITBRECHT). Die unterschiedliche Rückbildungstendenz verschiedener Symptome und damit die Fortdauer einer depressiven Symptomatik im Intervall soll "unter Umständen auch für ein Wiederauftreten einer psychotischen Phase ... unter dem Druck von Umweltereignissen verantwortlich sein" (REMSCHMIDT).

Viele Phasen stehen unter dem Eindruck eines protrahierten "Nicht - Aufhören - Könnens" infolge einer Gewöhnung und Bahnung depressiver Reaktionsmuster (SCHULTE).

> Bei diesen Patienten bestehe die Neigung, bei geringsten Schwierigkeiten und situativen Spannungen zu Hause, bei Milieuveränderungen, die durch längeres Abwesendsein in zwischenmenschlichen Bereichen hervorgerufen sind, auf die Schablone depressiver Reaktionsweisen zurückzugreifen und erneut depressiv zu erkranken (WEITBRECHT, BÜRGER-PRINZ). Im Gegensatz zu Patienten mit Vollremissionen schließt sich bei Depressiven mit verzögerter Symptomenrückbildung im Intervall ein kurzwelliges, von der inneren oder äußeren Situation ausgesprochen abhängiges Oszillieren der Symptomatik an (WEITBRECHT).
>
> Die Differentialdiagnose zwischen echten neuen Phasen und einer Dekompensation im Rahmen eines anderen depressiven Geschehens ist durch eine genaue Exploration, den Stellenwert auslösender Ereignisse sorgfältig abwägend, zu erstellen (WEITBRECHT).

Zu einer Verlängerung und Chronifizierung einer depressiven Phase und ihres Endes führen vor allem unerledigte

Konflikte oder das endogene Geschehen gleichsam überdekkende sekundäre Neurotisierungen (HUBER, GLATZEL). Akute negative Ereignisse können die depressive Phase verlängern, allerdings auch abrupt beenden (PAULEIKHOFF).

Die Differentialdiagnose der kindlichen und jugendlichen endogenen Depression zu einer starken depressiven Reaktion und besonders zur depressiven Neurose ist nicht immer einfach. Oft liegen depressive Verläufe mit stark belastenden exogenen Zuflüssen vor, bei denen aber doch eine endogene Komponente, eine gewisse Autonomie des depressiven Geschehens wirksam ist. Nach Entstehung und Erscheinungsweise könnte man in diesen Fällen von einer "endoreaktiven Dysthymie" im Sinne WEITBRECHTs sprechen, mit gleichem Recht oft auch von einer neurotischen Depression oder in der Pubertät von einer depressiv gefärbten Krise (v.BAEYER).

> In diesem Zusammenhang sei auf das dem endogenen Formenkreis zugerechnete "juvenil-asthenische Versagenssyndrom" (GLATZEL) hingewiesen.

Die Prognose variiert - je nach der Beteiligung reaktiver oder neurotischer Momente kann sie unter Umständen beeinträchtigt werden.

Beziehungen zu schizophrenen Prozessen sind zu überlegen, wenn ausgeprägte Symptome der Starre, des Wahns oder der Angst auftreten, ebenso wenn im Intervall deutliche Residualsymptome im Rahmen einer längerfristigen Persönlichkeitsveränderung bestehen bleiben (STUTTE, REMSCHMIDT). Insbesondere neigen frühe phasische Schwankungen unter dem zehnten Lebensjahr zu einer späteren schizophrenen Erkrankung. Bei keinem dieser jungen Patienten wurde bisher die Fortsetzung früher zyklothymer Störungen in eine manisch-depressive Erkrankung des Erwachsenenalters beobachtet (NISSEN, SPIEL u.a.) "Erst bei den Fällen in der Pubertät finden wir das Einpendeln echter Phasen"(SPIEL).

Wenn auch keine durchgehende phasisch-depressive Symptomatik vom Kindes- in das Erwachsenenalter gesichert ist, so ist doch immer zu bedenken, "daß eine Weiche für die Charakterentwicklung gestellt wird ... abnorme Persönlich-

keitsentwicklungen, seien es psychopathische oder neurotische in Gang gesetzt werden können" (SPIEL, BÜRGER - PRINZ). Bei depressiven Zuständen eines Jugendlichen ist unter Umständen eine depressive Psychose auszuschließen.

Nach den sehr strengen Kriterien von ANTHONY und SCOTT ist die Diagnose einer manisch - depressiven Erkrankung im Kindes- und Jugendalter nur äußerst selten und mit großer Vorsicht zu stellen. Vorliegen sollte:

- ein Symptomenbild, das der klassischen Beschreibung der manisch-depressiven Psychose entspricht,
- homologe familiäre Belastung,
- frühzeitig aufgetretene Neigung zu manisch-depressiven Reaktionsformen,
- mindestens einmaliges Rezidivieren depressiver Phasen,
- zweiphasisch manisch-depressiver Verlauf,
- Unwahrscheinlichkeit exogener Einflüsse,
- erhebliche Erkrankung im Sinne klinischer Behandlungsbedürftigkeit,
- abnorme, extravertierte Primärpersönlichkeit,
- Ausschluß einer organischen Erkrankung oder einer Schizophrenie,
- Absicherung der Diagnose durch den Verlauf.

Sollte die Diagnose einer manisch - depressiven Psychose im Kindes- und Jugendalter anhand dieser Kriterien erhärtet sein, so wird heute vor allem eine pharmakotherapeutische Lithiumbehandlung durchgeführt.

1.3. Depressionen bei Schizophrenie

Über depressive Episoden im Vorfeld schizophrener Psychosen wurde in letzter Zeit mehrfach berichtet (EGGERS, NISSEN, STUTTE, SPIEL et al.)."Sie können dabei als flüchtige Prodrome kontinuierlich in eine Schizophrenie einmünden oder ihr als eigenständig abgrenzbare, länger dauernde Phasen vorausgehen. Beides ist nicht selten" (EGGERS). Nach SPIEL sind die prognostischen Kriterien solcher prozeßhafter Verläufe noch mangelhaft erforscht.

STUTTE vermutet hingegen, "daß initiale Depersonalisationserscheinungen, prinzipienhafte starre Züge in der Expansivität kindlicher Manien, stark gedanklich unterbaute paranoide Ideen bei kindlichen Depressionen, anhaltende heboide Verhaltensformen, lange Dauer der Phasen und nur partielle Remission im Intervall als Indizien eines prozeßhaft - ungünstigen Verlaufs zu werten sind".
Bei diesen Bildern ergebe sich die Frage, ob die beobachtbaren Depressionen reaktiv deutbar seien als Reaktion auf das subjektiv empfundene Veränderungsgefühl oder als "autochthone depressive Verstimmungen im Beginn schizophrener Prozeßpsychosen" verstanden werden können (CONRAD, STUTTE).
Depressive Zustände treten mitunter auch noch Jahre nach Beginn der schizophrenen Psychose erstmalig auf (EGGERS).

Nach VRONO finden sich - unabhängig vom Zeitpunkt ihres Auftretens in der Schizophrenie - wie beim Erwachsenen zwei Hauptformen: die gehemmte und die ängstlich - agitierte Depression.

> Die gehemmte Depression erscheine mit altersspezifischer Färbung, wobei der Aspekt der Traurigkeit nicht so deutlich ausgeprägt sei.
>
> Die durch Ängstlichkeit und Erregung komplizierten Fälle seien dagegen etwas häufiger, sie weisen eine vielfältigere Symptomatik bei weniger deutlich ausgeprägten Tagesschwankungen auf; man könne sie nochmals in Verläufe mit mehr unbestimmter Unruhe sowie in solche mit beständigerer Angst oder Angstparoxysmen unterteilen.

1.4. Symptomatische Depressionen

Symptomatische Depressionen als akute Begleit- oder Folgeerscheinungen akuter traumatischer Hirnschädigungen oder anderer organischer Erkrankungen wie beispielsweise Infektionskrankheiten kommen beim Kind seltener als beim Erwachsenen vor. Nach NISSEN sind hier "von besonderem wissenschaftlichen Interesse phasenhaft verlaufende manisch - depressive Krankheitsverläufe, die in einigen Punkten einer manisch - depressiven Erkrankung ähneln".

Depressive Zustände bei frühkindlichem exogenem Psychosyndrom werden als Folgezustände chronischer Entwicklungsstörungen ebenfalls den symptomatischen Depressionen zugerechnet. Pädiater und Neuropathologen weisen auf die Häufigkeit und Bedeutung der vor, während oder nach der Geburt entstehenden frühkindlichen Hirnschädigungen hin (STÄDELI, LEMPP, WEISS). Der dabei entstehende Schaden ist umso größer, je eher die Noxe einsetzt. Er ist abhängig von ihrer Art, Dauer und Intensität. Bei leichten Enzephalopathien ist ein Ausgleich der Schädigung bis zur Pubertät meist möglich.

Die organischen Schwächen wirken sich in motorischer Ungeschicklichkeit, Entwicklungsverzögerung, Schwererziehbarkeit und psychischer Auffälligkeit aus. So entsteht bereits bei einfachen Aufgaben, insbesondere aber in Belastungssituationen die Neigung zur depressiven Resignation und Dekompensation. Durch die Vergleiche mit anderen Kindern können sich Minderwertigkeitsgefühle, Insuffizienzerleben und Aggressionen einstellen, andere dem depressiven Formenkreis einzurechnende Verhaltensstörungen sind ebenso als Folge möglich.

Die "minimal brain disfunktion" wird durch die Häufigkeit psychoreaktiver depressiver Störungen oft gänzlich verdeckt (WEISS), und man ist geneigt, fälschlicherweise eine autochthone Depression anzunehmen (STUTTE und KOCH).

V. Differentialdiagnostische Überlegungen

Eine an inhaltlichen (symptomatischen) und formalen (verlaufstypischen) Kriterien ausgerichtete nosologische Zuordnung einer Depression zu entsprechenden Depressionsformen ist oft nicht durchführbar, im Kindesalter allein schon deshalb nicht, weil alters- und entwicklungsabhängige pathoplastische Faktoren gleichermaßen prägend einwirken (NISSEN) und eine Langzeitbeobachtung noch nicht vorliegen kann.

genetischen Funktionszusammenhängen darf aber im Hinblick auf die Prognose und die spezielle Therapie nicht vernachlässigt werden (ANGST, SPIEL).

Aufgrund eines einzigen beobachtbaren Charakteristikums im Geschehen einer Depression läßt sich keine differentialdiagnostische Abgrenzung vollziehen (WINZENRIED,SPIEL).

Die nächstliegende Unterscheidung geht von der Einflußnahme e x o g e n e r Faktoren auf die Einleitung, Protrahierung und Aggravierung depressiver Syndrome aus. Bei allen depressiven Störungen können Abhängigkeiten von peristatischen Momenten gefunden werden, wenngleich der Stellenwert variieren kann (WALCHER, BERNER). Die Umweltlabilität der endogenen Psychose wird in jüngster Zeit immer stärker hervorgehoben.

Das auslösende Moment wird oftmals "zum Kern- und Angelpunkt der Nosologie" erhoben (PAULEIKHOFF). Endogenes Geschehen tritt häufig unmotiviert auf (SCHWIDDER), allerdings kann eine vorher nicht auffällig gewesene depressiv-neurotische Entwicklung oder eine depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörung ebenso ohne deutlichen reaktiven Anstoß in Erscheinung getreten sein.

Wird von einem kindlichen oder jugendlichen Patienten, bzw. von seinen Angehörigen von einem provozierenden Ereignis berichtet, so ist dabei das Kausalitätsbedürfnis in Rechnung zu stellen (NISSEN). Bei endogenen Erkrankungen werden oft kausal nicht mit dem depressiven Geschehen verbundene Ereignisse mit diesem in Zusammenhang gebracht.

In allen Depressionen kann sowohl eine verminderte, häufiger jedoch eine erhöhte Empfindlichkeit für belastende Ereignisse vorliegen. Nach stark traumatisierenden Erlebnissen ist in Einzelfällen durchaus eine depressive Reaktion mit psychotischer Intensität möglich. Auf der Grundlage einer dem Betroffenen meist nicht bewußten neurotischen Vorschädigung führen auch kleine unbedeutende Anlässe zu zusätzlichen depressiven Reaktionen. Depressive Reaktio-

nen können bei langer Dauer den bei Kindern noch relativ unspezifisch und unscharf geprägten neurotischen Entwicklungen phänomenologisch ähnlich werden (BRÄUTIGAM, SPIEL, HARBAUER, LEMPP, REMSCHMIDT).

Bei allen depressiven Störungen wird, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, eine e n d o g e n e Grundlegung geltend gemacht (ANGST, DÜHRSSEN, SCHEPANK, ZERBIN-RÜDIN). Erworbene und genetische Dispositionen als "präformierte Merkmalskonstellationen" stehen zueinander in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis (SPIEL, ANGST).

Die V e r l a u f s b e o b a c h t u n g depressiver Syndrome erleichtert nicht unbedingt ihre Abgrenzung, zumal sie in der Kindheit und Jugendzeit kaum möglich ist. Depressive Reaktionen können in ihrer zeitlichen Gestaltung einmalige psychotische Phasen imitieren, manchmal heilt der psychotische Krankheitsprozeß schon nach wenigen Phasen aus. Umgekehrt können neurotische Formen durch Rekompensation und späteres Wiederaufbrechen im Erwachsenenalter eine langdauernde Psychose vortäuschen (HOFMANN und BERGMANN) Erschwerend kommen eventuell vorhandene Tagesschwankungen mit leichten Morgentiefs hinzu(BUSCH). Inwieweit länger andauernde abnorme Reaktionen bereits in neurotische Reaktionsmuster und Verlaufsformen übergreifen, ist im Einzelfall ebenfalls oft kaum zu klären. Leichtere zyklothyme Stimmungsschwankungen ähneln häufig neurotisch - reaktiven Stimmungsalterationen. Bei späteren Nachuntersuchungen kindlicher Depressionen waren Wechsel der Verlaufsformen zu anderen Persönlichkeitsstörungen oder in prozeßhafte Entwicklungen festzustellen(NISSEN, SPIEL, LEMPP, EGGERS).

Die S y m p t o m a t o l o g i e läßt keinen zwingenden Schluß auf die Ätiologie zu. Man muß sich von der Vorstellung freimachen, daß vordergründig ähnliche, ja identische Bilder ähnlichen pathogenetischen Bedingungen entsprechen könnten (MALMQUIST, VOELKEL, BUSCH, MEYENDORF). Besonders für das Kindes- und Jugendalter gibt es zwischen Ätiologie und Phänomenologie "keine festen Relatio-

nen sondern lediglich Beziehungen sehr unscharfer Art" (REMSCHMIDT).

Depressive Veränderungen der Stimmungslage stellen insbesondere bei Kindern keinen obligatorischen Bestandteil depressiver Zustände dar, die Störung der kindlichen Vitalsphäre mit einer vegetativen Symptomatik steht im Vordergrund (NISSEN). Die Traurigkeit muß auch in endogenen Depressionen nicht pathognomonisch sein wie "larvierte" oder "maskierte" endogene Depressionen zeigen (KIELHOLZ, LOPEZ IBOR).

Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen Abklärung gegen andere kindliche und jugendliche Verhaltensstörungen oder Neurosen.
Zu Angst- und Zwangsneurosen bestehen in der Kindheit und Präpubertät oft stärkere Beziehungen als in späteren Jahren. Das Auftreten derartiger Verhaltensstörungen beweist nicht das Vorliegen einer Depression. Anorektische Störungen der Pubertätszeit können sich retrospektiv als erste Phase einer endogenen Depression erweisen (HARBAUER). Sie können demnach zu den endogenen, neurotischen oder symptomatischen Depressionen zählen.

Bei den Psychopathien sieht P.SCHMID auch bei vordergründig depressivem Gesamteindruck andere psychische Dynamismen, ohne das einem depressiven Jugendlichen eigene, depressive Leidens- und Verpflichtungsgefühl anderen gegenüber, gegeben. Ähnlich verhalte es sich bei der Verwahrlosung.

Durch neurotische Vorgänge ist eine Kupierung endogenen Geschehens möglich. K.SCHNEIDER machte schon 1950 auf die "pseudoneurotische Maskierung" der endogenen Depression aufmerksam. Besonders im Kindes- und Jugendalter ist eine neurotische Überlagerung durch Milieueinflüsse zu beachten.
Die endogen - psychotische Störung weist sich vor allem durch ihre Intensität und ihre Tagesschwankungen aus. Trennungsvorschläge aufgrund eines unterschiedlichen Ansprechens auf thymoleptische Medikamente oder elektro -

konvulsive Therapie haben sich als nicht haltbar erwiesen (TELLENBACH, MEYENDORF).

Aus diesen Gründen haben sich verschiedene Modelle über die Beziehungen zwischen psychogen - neurotischen Störungen und psychotischen Erkrankungen entwickelt. Die Vorstellungen über die Natur der Beziehungen und damit zum Wesen depressiver Erkrankungen haben Einfluß auf die kinderpsychiatrische Standortbestimmung.

VI. Beziehungsmodelle zwischen Neurosen und Psychosen

In den verschiedenen Modellen zur Beziehung zwischen depressiven Neurosen und depressiven Psychosen zeigen sich zum Teil sehr unterschiedliche Auffassungen über das Wesen depressiver Störungen und Erkrankungen.

1. Neurosen und Psychosen sind voneinander unterscheidbare Krankheiten. Zwischen ihnen existiert eine relativ exakte Grenze. Endoreaktive Zwischenformen sind verhältnismäßig selten.

> Dieses Konzept entspricht der klassischen, auf der Lehre KRAEPELINs gründenden nosologischen Dichotomie. NISSEN stellte wie WEITBRECHT fest, wenn im späten Kindes- und Jugendalter auch ein "kontinuierlicher Übergang zwischen neurotischen und psychotischen Manifestationsformen nicht anzunehmen ist, so doch Übergangs- und Grenzfälle, die sich nicht sicher einordnen lassen".

2. Neurosen und Psychosen sind Varianten einer einzigen depressiven Krankheit. Der Unterschied besteht nur in einer graduellen Verschiedenheit. Die eine Variante der Depression enthält milde, chronische Bilder, die andere zeigt akute, schwere Verlaufsformen. Depressive Neurose und Psychose sind nach diesem Konzept identisch.

> Dieses Konzept wird irrtümlich LEWIS zugeschrieben; es hat sich im anglo - amerikanischen Raum sehr stark durchgesetzt. Von der Einheitlichkeit depressiver Störungen im Kindesalter her erhält dieser Standpunkt, der prinzipielle Unterschiede zwischen den verschiedenen Erkrankungen nicht anerkennt, gewichtige Argumente. Eine endogene Grundlegung der Depression wird anerkannt.

3. Neurosen und Psychosen sind Pole einer kontinuierlichen Verteilung, die in allgemeiner Übereinkunft als psychotisch - neurotisches Kontinuum verstanden wird (KENDELL).

> Die Autoren schränken jedoch ein, daß "die Unterschiede in Symptomatologie, prämorbider Persönlichkeit, Behandlungserfolg und Lebenslauf zu ausgeprägt seien, um nur als Differenzen des Schweregrades und der Dauer zwischen den beiden Polen betrachtet zu werden" (KENDELL). Das Modell ordne nicht wirklich nach Vielfalt und Unterschiedlichkeit depressiver Zustände.

4. Neurosen und Psychosen gehören einer kontinuierlich zweidimensionalen Verteilung an, deren Bestimmungsgrößen: Psychotizismus und Neurotizismus orthogonal aufeinander bezogen sind. Diese beiden Größen sind allerdings nicht einfach zu erfassen. KIELHOLZ hat in Anlehnung an HIPPIUS mit dem Dimensionspaar somatogen und psychogen ein ähnliches, auch für das Kindes- und Jugendalter einfacher anwendbares Schema erstellt.

5. Neurosen und Psychosen sind hierarchisch - komplementär aufeinander bezogen (FOULDS). Psychotische Depressionen stehen über den neurotischen; der "endogene Faktor" sei relativ exakt definierbar. Die "nichtpsychotischen", d.h. ohne Wahnzustände auftretende Erkrankungen sind einfach jene, denen die charakteristischen Züge der psychotischen Depression fehlen.

Der Vorteil dieses Konzeptes besteht darin, daß es die ganze Stufenleiter depressiver Erkrankungen, seien sie neurotisch oder psychotisch in einem einfachen Vierkomponentensystem erfaßt: psychotisch - nichtpsychotisch
depressiv - nicht depressiv.

Andere Depressionsmodelle orientieren sich an beobachtbaren Kriterien der Symptomatologie, wie an "maskierter" oder "offenbarer" Symptomatik (CYTRYN), an Ängstlichkeit, Feindseligkeit, jugendlicher Persönlichkeitsstörung und Psychotizismus (PAYKEL), an der Ansprechbarkeit durch verschiedene Therapieformen (FÄHNDRICH) u.a. mehr.

VII. Das Problem pathoplastischer Altersfaktoren

"Das Kind ist keine Miniaturausgabe des Erwachsenen" (PINKERTON), deshalb hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie den "Forschungsansatz der schrittweisen Persönlichkeitsentfaltung und Differenzierung im Zuge aufeinanderfolgender Reifungssequenzen zu ihrer zentralen Modellvorstellung gemacht" (SPIEL).

> Es geht um die Betrachtung des Krankheitsgeschehens als gestörte Harmonie im Reifen der "bio-psycho-sozialen Entwicklungsphasen" (v.BAEYER), um die Frage eines fehlerhaften "Reifungsprozesses als Grund von Krise und Psychose"(KRETSCHMER, BIERMANN), der durch die Einwirkung peristatischer Faktoren ebenso wie in endogenen und in diesem Sinne primären Grundstörungen begründet sein kann. Der Schwerpunkt der kinder- und jugendpsychiatrischen Betrachtungsweise liegt in dem Aufweis physiologischer, psychosomatischer und psychopathologischer Entsprechungen im depressiven Geschehen.

Grundsätzlich steht dem Kind nur eine dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechende Ausdrucksfähigkeit zu Gebote, die inhaltlich von den Interessen, Konflikten und Triebzielen bestimmt wird und nach der sich die depressive Symptomatik richtet (STUTTE). So prägen sich depressive Störungen beim Kind und beim Jugendlichen anders aus als beim Erwachsenen (SPIEL, CYTRYN u.a.).

Das K l e i n k i n d kann, soweit es wegen seiner noch unreifen kognitiven Strukturen noch keine Reflexions-und Verbalisationsfähigkeit ausbilden konnte, nur mit vegetativen und psychomotorischen Erscheinungen reagieren. Es zeigt mit Appetit- und Schlafstörungen, motorischer Ängstlichkeit, Gereiztheit, Spielhemmung oder Unangepaßtheit, einer Tendenz zu schreien eine "leibnahe Form" der Depression (SPITZ, SPERLING, TOOLAN, STUTTE, NISSEN). Dies bedeutet nicht, daß nicht auch schon das Kleinkind eine depressive Gestimmtheit erleben könnte, nur vermag es über sein Befinden, seine Ängste und Krankheitsbefürchtungen vor dem fünften Lebensjahr in der Regel nicht zu berichten.

Unter allen diesen Symptomen steht die Angst dem kindlichen Erleben besonders nahe (ERIKSON).
Der erste Angstgipfel liege bei drei Jahren (REMSCHMIDT). Angst, Aggressions- und Schuldgefühle treten infolge erster intrapsychischer Konflikte im Sinne von MELANIE KLEIN zusammen mit Minderwertigkeitskomplexen und Versagensgefühlen als depressive Position auf.

Konflikte ganz allgemein bewirken in dieser Altersphase keine gedankliche sondern "eine sehr viel tiefer reichende emotionale Auseinandersetzung im Selbst, die sich in psychosomatischen Beschwerden manifestiert" (NISSEN).

> Diese vegetativ-psychosomatischen Störungen werden klinisch meist nicht als depressiv anerkannt. Manche Autoren lehnen sie als Manifestation einer Depression ab, denn das Vorhandensein dieses depressiven Geschehens sei nicht vergleichbar mit der erst ab einer bestimmten Reifestufe zu beobachtenden "Krankheit" Depression(MAHLER,GITTELMAN-KLEIN); sie seien altersspezifische Reaktionen auf einwirkende Deprivations- und Verlusterlebnisse (RIE). Es sei auch unsinnig, einen Psychosebeginn in das Alter vor drei Jahren zurückzuverlegen(BÜRGER-PRINZ). NISSEN, HARBAUER, SPIEL u.a. stimmen der Auffassung über den Psychosebeginn zu, verstehen jedoch die unspezifischen, psychosomatisch-vegetativen Beschwerden als "primäre und kinderspezifische Manifestationssyndrome dieser Altersstufe"(HARBAUER) und nicht nur als larvierte oder maskierte Formen einer kindlichen Depression, wie dies CONELL,GLASER,MALMQUIST, CYTRYN u.a. fordern. Nur aus der Sicht des Erwachsnen seien sie als "larviert" oder "maskiert" zu bezeichnen (NISSEN).

Wegen der Dominanz vegetativ - psychosomatischer Erscheinungen, die sich bei den weniger intellektualisierten Kindern bis ins Erwachsenenalter fortsetzen kann, spricht ZEH von einer pathoplastisch - negativen Wirkung des Kindesalters, CYTRYN von einheitlichen und BIRNBAUM von syndromal monotonen Krankheitsbildern, BLUM von einem "verwaschenen Bild". Im Report der GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY wird dagegen festgehalten, daß das kindliche Depressionsbild wesentlich klarer und abgegrenzter sein kann, wenn es von einem aktuellen oder drohenden Verlust der Bezugspersonen beschleunigt ist.

Die "mangelnde Prägung der psychischen Eigenart, des Charakters, ein geringer Besitzstand des Geistigen, kurz eine noch primitive Struktur der Persönlichkeit" (ZEH)bedingen jedoch nicht nur ein weitgehendes Fehlen der psychischen Symptomatik sondern auch eine Offenheit für Umwelteinwirkungen und Sozialisationsprozesse. So ergeben sich nach STUTTE innerhalb der Kindheitsphase "mannigfaltige Ausdrucksformen" der Erscheinungsbilder; "es läßt sich deshalb nicht, wie in der Erwachsenenpsychiatrie, eine typische formale und inhaltliche Symptomatik der Depression darstellen" (NISSEN). Das Kind zeige kein "typisches Manifestationssyndrom" (NISSEN).

Mit zunehmendem Alter vollzieht sich durch das Hinzutreten psychischer Symptome eine "Metamorphose" der Symptomatologie, ein "ideenreicher Stilwandel der Erscheinungsformen" (NISSEN; SPIEL, LEMPP und STRUNK).
Dem depressiven Kleinkind erscheint die Umwelt feindselig und böse, in seinen Phantasien erlebt es sich verschieden von den Erwachsenen,nur selten als die dramatische Person der Handlung (CYTRYN). Es identifiziert sich meist mit einem verfolgten Tier, einer Märchenfigur oder einem unbeliebten Objekt, die passiv Böses erleiden müssen. In späteren Jahren, vor allem ab dem sechsten Lebensjahr (MOHR), können diese Vorstellungen Beziehungen zu Verfolgungs- und Beschuldigungsideen mit noch dürftigem wahnhaftem Charakter herstellen (v.STOCKERT, ZEH).

Wahnerlebnisse zeigen stets einen das Kind bedrohenden Inhalt (ZIEHEN) und beziehen die phasentypischen Angstinhalte mit ein. Nach EGGERS können ab fünf Jahren bereits flüchtige präpsychotische Depersonalisations- und Derealisationsphänomene auftreten. Sie würden vom Kind meist somatopsychisch verarbeitet, d.h. das veränderte Persönlichkeitserleben werde in die Empfindung einer veränderten Körperlichkeit übertragen (v.STOCKERT).

Angst und mit ihr zusammenhängende Schulderlebnisse werden mit verschiedenen, von der Psychoanalyse beschriebenen

motorischen, gedanklichen und sprachlichen Abwehrmechanismen beantwortet. Im aggressiven Ausagieren, das sich zu dissozialem Verhalten mit Zerstörungswut, Weglaufen, Stehlen, Tierquälerei, Erziehungsschwierigkeiten steigern kann, aber auch zu autoaggressiven Handlungen,als "Wut gegen sich selbst" führt, ist es dem Kinde möglich, belastende Gefühle zu mindern oder abzubauen.

> Derartige Abwehrmechanismen werden auch in späteren Altersstufen häufig wirksam. Um die innere depressive Verfaßtheit adäquat zu beurteilen, ist es daher notwendig, nicht nur nach den klassischen Zeichen "äußerer" depressiver Stimmung zu suchen, sondern das gesamte Verhalten mit zu berücksichtigen.

Fast immer kommt es bei diesen Kindern zu einem Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit, der Schulleistungen, zur Verminderung altersentsprechender Interessen (NISSEN, EGGERS). Kontaktstörungen können sowohl in einem Rückzug aus sozialen Bezügen wie auch in einer "Kontaktsucht"gegeben sein (DÜHRSSEN, WINZENRIED).

In der s p ä t e r e n K i n d h e i t werden vermehrt Zwangserscheinungen auffällig. Sie stehen möglicherweise in Verbindung mit dem zweiten Gipfel der Angstzustände und der Schuldproblematik, werden aber auch als "Abwehr gegen verändertes Gegenstandsbewußtsein" in einer endogen - depressiven Psychose verstanden (LEMPP).

v.BAEYER und BÜRGER - PRINZ verweisen darauf, daß diese Schuldgefühle häufig sehr früh in Erscheinung treten und dem Kind meist den Charakter unkindlicher Ernsthaftigkeit aufprägen. Der Inhalt der Schuldgefühle ist auch eine Frage des"Zeitgeistes": so ist ein Rückgang religiöser Schuldinhalte zugunsten der Schuldgefühle infolge Leistungsversagens beschrieben worden (GREGER).

"Kindliches Reifen und Wachstum bewirken einen Sinn des Optimismus, Überschwangs und Hoffnung, die alle dazu beitragen, Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit abzuhalten; die kindliche Phantasie ist im Vergleich zum Erwachsenen stärker ausgeprägt und erleichtert eine Distanzierung von

einer bedrückenden Realität (CYTRYN). Die Haltung einer "gelernten Hilflosigkeit" (SELIGMAN) deutet auf eine Depressionsneigung hin, ist jedoch nicht mit einer manifesten Depression gleichzusetzen. Die Neigung zu einer späteren Depression kann bei einem Kind vorliegen, das noch keinerlei Zeichen einer Auffälligkeit zeigt (DWECK,MALMQUIST).

> Kindliches Verhalten erscheint im Vergleich zum Erwachsenen häufig als leicht hypomanisch (CYTRYN). Die positive Gestimmtheit kennzeichnet vor allem die Latenzphase, in der die Entwicklung der kindlichen Psyche einen gewissen Abschluß gefunden hat, und in der traumatische Erlebnisse oder depressive Stimmungszustände leichter ausgeglichen werden können als in der Zeit der Pubertät.

Die P r ä p u b e r t ä t stellt häufig eine gewisse Vorkrise zur Pubertät dar. In ihr sind bereits Züge aus der Erwachsenensymptomatik feststellbar. STUTTE vermutet, daß endogen depressive Psychosen in diesem Alter noch keine so "tiefgreifenden Wesensveränderungen" nach sich ziehen, daß sie "Anlaß zu klinischer Behandlung geben". In dieser Altersphase ist der Stimmungszustand labiler als beim Erwachsenen (GITTELMAN - KLEIN).

Bei einem relativ hohen Prozentsatz von 20 % der depressiven Kinder war nach REMSCHMIDT "eine bemerkenswerte kritische und nüchterne Auseinandersetzung mit einer kurzfristig erlebten Wesensänderung zu registrieren". Diese sachliche Auseinandersetzung entspricht allerdings ganz allgemein der größeren Sachbezogenheit der Kinder in dieser Entwicklungsphase (REMPLEIN).

Dem Übergang vom positiven Überschwang der Großkindzeit zur Realitätsproblematik der Pubertät entsprechen manisch-depressive Mischbilder.

In der P u b e r t ä t ist die Anfälligkeit für Depressionen gesteigert. Emotionale Stimmungsumschwünge bis zu krisenhaften Ausmaßen infolge biologischer, psychologischer und sozialer Veränderungen aufgrund der Identitäts-

suche, der Autoritätsproblematik und der anstehenden Bewältigung der Sexualität sind möglich (STERN, ZAL, AYD et al.) "Sturm und Drang normaler Reifungsperioden tragen schon häufig alle Elemente eines hyperthymen oder subdepressiven Erlebens in sich" (NISSEN). Unausgeglichenheit und Disharmonie sind Teile depressiven Lebens und Fühlens und zeigen sich, wenn Entwicklungsprozesse nicht bewältigt werden, verstärkt.

Psychische Symptome nehmen einen größeren Anteil in der depressiven Symptomatik ein; es vollzieht sich ein Wechsel von einem vegetativ betonten zu einem stärker psychisch ausgerichteten Erscheinungsbild. Die Symptomatik gleicht sich der des Erwachsenenalters an (WINZENRIED, TRAMER, NISSEN, STUTTE). Sie kann die ganze Palette psychischer wie emotionaler Beeinträchtigungen vorstellen und durch die Vielfalt und Gleichzeitigkeit vieler Symptome und der Sprunghaftigkeit der Zustände den Eindruck des "Atypischen" erwecken (v.STOCKERT, BÜRGER - PRINZ, STUTTE). Depressive Psychosen zeigen wie in der Präpubertät vermehrt eine manisch - depressive Mischsymptomatik und atypische halluzinatorische Erscheinungen mit anschließender Fortsetzung in einen prozeßhaften Verlauf (ZEH, STUTTE).

Im Gegensatz zur Depression des Erwachsenenalters lassen sich Verarmungs- und Versündigungsgefühle nur selten, häufig dagegen Schuldgefühle, besonders im Sinne eines Versagens gegenüber Eltern, Schule und Beruf nachweisen (NISSEN). Die Anfälligkeit gegen narzißtische Verlusterlebnisse z.B. Liebesenttäuschungen ist gesteigert; fassadenhafte Scheinkontakte werden eingegangen.

Die Anforderungen, die der Jugendliche an sich herangetragen sieht und an sich selbst stellt, werden in der Depression übersteigert erlebt und lösen ein Gefühl der Überforderung und Unerreichbarkeit aus (DÜHRSSEN, MALE). Diskrepanzen zwischen Idealvorstellungen und Realität führen zu Resignation, Schuld- und Ambivalenzgefühlen, zu einem Verlust des Selbstwertgefühls, zu Grübelsucht, Suizidgedanken

und anderen Depressionssymptomen mehr (DÜHRSSEN, REMPLEIN, v.STOCKERT u.a.).

Die Grübelsucht tritt mit endlosen Gesprächen über Sinn- und Daseinsproblematik wie in verstärkter Hinwendung zu meditativ - religiösen Bewegungen in Erscheinung; nach WEISS kann aus ihr sekundär eine manifeste Depression erwachsen.
Überforderungserlebnisse und nicht erfüllbare Erwartungen können auch zu aggressiv - depressiven Reaktionen gegen die Umgebung Anlaß geben. Die Konfliktttendenz nimmt zu (ZAL, TRAMER u.a.). Ein Anstieg der Aggressivität als "acting out" (AYD, MALMQUIST) kann die depressive Gestimmtheit überdecken.

Das charakteristische Umkippen von einer klinischen Unauffälligkeit in tiefmelancholische Stimmungszustände wie motivlose unerwartete Suizidversuche erweisen ebenfalls das Vorhandensein einer Untergrundsdepression (KRANZ), die in Gefühlen der Einsamkeit, der Isolation, im Rückzug aus sozialen Beziehungen, im Verlust des Selbstvertrauens und einer Beziehung zu sich selbst zum Ausdruck kommt (AYD,ZAL, NISSEN).
Das klinische Erscheinungsbild und die subjektive Befindlichkeit der depressiven Kinder und Jugendlichen müssen keineswegs übereinstimmen. In den Tests stellt sich oft eine stärkere depressive Grundstimmung dar als vom klinischen Bild her vermutet werden konnte. Selbst bei der Berücksichtigung des "Zeitfaktors" (TRAMER) ist es schwierig, die depressive Symptomatik des Jugendlichen in ihrer Schwere adäquat zu beurteilen und sie nosologisch zu differenzieren.
Die Einfühlbarkeit in die Symptomatik begründet die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen depressiv gestörten Pubertätsverläufen, denen noch keine Krankhaftigkeit zukommen muß und dem psychotischen Erleben (STRUNK). Insgesamt kann ein Alternieren von Krisen, Entwicklungsimpulsen, Beruhigungsphasen zweifellos einem zyklischen Verlauf ähneln (BÜHLER).

Zur Verdeutlichung der in den verschiedenen Alters- und Entwicklungsphasen auftretenden psychischen und psychosomatischen Störungen bei depressiven Syndromen erstellte NISSEN folgende Tabelle:

	Kleinkinder	Schulkinder	Jugendliche	
psychosomatische Symptome	Spielschwäche Agitiertheit Schüchternheit Weinen und Schreien Enkopresis Schlafstörungen Jaktationen Appetitstörungen motorische Stereotypien genitale Manipulationen	Gereiztheit Unsicherheit Spielschwäche Kontaktstörungen Konzentrationsschwäche Agitiertheit Enuresis Nägelbeißen genitale Manipulationen Pavor nocturnus Weinen und Schreien	Grübelsucht Suizidgedanken Suizidversuche Minderwertigkeitsgefühle Bedrücktheit Stimmungsschwankungen Selbstisolierungstendenzen Hypochondrie Schulschwänzen Schulangst Zwangssymptome Kopfschmerzen Appetitstörungen	psychische Symptome

VIII. Phänomenologisch - syndromale Einteilung

Es fällt schwer, die erkennbaren Verhaltensänderungen und affektiven Schwankungen einheitlich einer nosologischen Entität zuzuweisen; dies nicht nur wegen der Divergenzen verschiedener theoretischer Standorte sondern auch infolge der Schwierigkeiten, die Erscheinungsbilder auf gewisse Grundkonstellationen der Pathogenese zu beziehen und die individuell vielfach möglichen Wandlungen und Fluktuationen des phänomenologischen Bildes im Hinblick auf den gesamten Verlauf adäquat einzuordnen.

Dabei bietet sich die phänomenologische Betrachtungsweise als eine weitere Möglichkeit der Klassifikation an; ihr geht es jedoch nicht um die rein deskriptive Schilderung äußerer Fakten sondern um das Bestreben, mit der Beschreibung der Achsensymptome Grundphänomene zu erkennen. Diese sind als "Zielsymptome" (FREYHAN) für die pharmakologische Therapie von Bedeutung.

Nachstehend werden verschiedene für das Kindes- und Jugendalter entwickelte syndromale Typologien vorgestellt:

REMSCHMIDT	NISSEN
1.gehemmt-depressiv	1.gehemmt-apathisch-verlangsamt
2.agitiert-depressiv	2.agitiert-ängstlich-depressiv
3.hypochondrisch-depressiv	3.demütig-still-resigniert
4.phobisch-anankastisch	4.anankastisch-phobisch
5.ängstlich-depressiv	5.hypochondrisch-vegetativ-dyston
6.dysphorisch-depressiv	6.dysphorisch-mürrisch gereizt
7.vegetativ-depressiv	

Diese beiden Modelle ähneln sich also in fünf Kategorien. NISSEN führt in der zweiten Kategorie noch die Aggressivität ein und setzt in der ersten und dritten "gehemmten" Kategorie unterschiedliche Schwerpunkte, nämlich: gehemmt-apathisch - verlangsamt und demütig - still - resigniert. REMSCHMIDT stellt hierfür nur ein Grundmerkmal: gehemmt - depressiv vor; er trennt dagegen NISSENs zweite Kategorie in: agitiert - depressiv und ängstlich - depressiv auf.

Ganz allgemein stellt REMSCHMIDT einfachere Signaturen auf. Er betont stärker das depressive Element im Erscheinungsbild, während NISSEN den Schwerpunkt auf Achsensymptome und Symptomenverbände setzt. Dem Symptom an sich kommt nach NISSEN keine pathognomonische Bedeutung zu, auch die additive Aufrechnung der Symptome ermöglicht noch keine Diagnose. Wenn es in jüngster Zeit unternommen wurde, mit statistischen Methoden Symptomenverbände und "Symptomennetzwerke" (NISSEN) zu erstellen, so ist dies vor allem ein Versuch, "einen Eindruck von der seelischen Grundbefindlichkeit und dem Beschwerdebild der Kinder" zu vermitteln (NISSEN).

Die für das Erwachsenenalter entwickelten Schemata von BUSCH und KIELHOLZ, die sich ebenfalls sehr stark entsprechen, weisen nur vier Kategorien auf. Hier fehlen im Vergleich mit den für das Kindes- und Jugendalter erstellten Einteilungen die Merkmalspaare: "dysphorisch-mürrisch gereizt" sowie "anankastisch-phobisch". Beide Erwachsenenmodelle führen ebenfalls die Symptomenkonstellationen: "gehemmt-apathisch", agitiert-ängstlich" und den Komplex: "psychosomatisch-vegetativ-larviert" an.

Nachfolgend sei die syndromal - phänomenologische Einteilung nach NISSEN und REMSCHMIDT vorgestellt.
Die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf NISSEN.

1. Gehemmt - apathisches Syndrom:
   es wurde zu 24,8 % beobachtet.

   In diesem Syndrom finden sich vor allem frühkindliche Formen der Depression und depressive Verstimmungen von Kindern,die sich abgelehnt fühlten (REMSCHMIDT). NISSEN beschreibt ein vermehrtes Auftreten bei Mädchen.

2. Agitiert - ängstlich - aggressives Syndrom:
   Häufigkeit 16,2 %

   Angst als Elementarsymptom findet sich fast überall. v.BAEYER wies auf die bei Kindern und Säuglingen, zusammen und nacheinander auftretenden dissozialen, teilweise schwer aggressiven Verhaltensweisen mit depressiven Verstimmungen hin. Bei endogenen Psychosen konnte er eine solche Symptomatik nicht feststellen. Bei Kleinkindern dominieren motorische Symptome

-diesen kommt sowohl ein höherer Ausdruckswert an sich als auch eine größere Bedeutung für die Angstabwehr zu, möglicherweise, weil andere Abwehrmechanismen noch nicht ausreichend zur Verfügung stehen (REMSCHMIDT, v.STOCKERT, FREDERKING). Jungen sollen eine verstärkte Affinität zu Angstformen und Aggressionen aufweisen, (Bild "des bitterbösen Friederich").

3. Demütig - still - resigniertes Syndrom:

Dieses "typisch - depressive" Syndrom, das auch bei Erwachsenen vermehrt zu finden ist, weist ebenso bei Kindern und Jugendlichen mit 27,6 % einen hohen Stellenwert auf.

Die Kinder wirken oft vorgereift, manchmal ausgesprochen ernst und unkindlich; bei Mädchen tritt es häufiger auf und wird dort am ehesten mit dem Bild des "Aschenputtelsyndroms" veranschaulicht.

4. Phobisch - anankastisches Syndrom:

NISSEN fand diese Kategorie unterbesetzt; REMSCHMIDT betont dagegen ein nicht seltenes Auftreten bei Kindern. Häufige Objekte phobischer Angst seien "Tiere, Schule, Furcht, von den Eltern verlassen zu werden", (Trennungsangst). Einen Teil der Zwänge könne man auch als Angst-Abwehr-Phänomene auffassen. Patienten mit anorektischen Entwicklungen können hier dazu gerechnet werden.

5. Hypochondrisch - vegetativ - dystone Symptomatik:
Häufigkeit: 4,8 % aller Fälle.

Diese Symptomatik fand NISSEN - genau wie das folgende Syndrom - nur selten und zwar bei Jungen. Es war am häufigsten bei einem Wechsel mit anderen Syndromen beteiligt, in 25,2 % der Fälle, in denen sich überhaupt ein Wechsel vollzog, insgesamt 16 mal: von 16 Wechseln betrafen zehn diese Kategorie, dreimal mit dem gehemmten Syndrom, dreimal demütig-still, zweimal dysphorisch-gereizt, zweimal mit dem aggressiv-depressiven Syndrom (NISSEN).

REMSCHMIDT betont, daß dieses Syndrom häufig vorkomme - er fand es sogar an zweiter Stelle, da er bereits hier vegetative Beschwerden, "vor allem bei jüngeren Kindern" mit einbezieht. In seinem letzten Syndrom "vegetativ-depressiv" geht er nochmals gesondert auf die vegetative Symptomatologie ein.

Wie von anderen Autoren hervorgehoben wurde, geht die Hypochondrie fast immer mit vegetativen Erscheinungen einher (SPERLING). Vegetative Erscheinungen alleine müssen hingegen nicht als Ausdruck einer Hypochondrie gewertet werden.
Sie werden in dieser Form, d.h. ohne Hypochondrie, als "larvierte Depression" sogar häufiger auftreten.

6. Das dysphorisch - depressive Syndrom

Häufigkeit 1,9 %

NISSEN stellt dieses Syndrom nur sehr selten und ausschließlich bei Jungen fest wie auch bei dem zuvor beschriebenen Syndrom der hypochondrisch - vegetativen Prägung.

REMSCHMIDT ordnet hier auch Jugendliche ein, die als "psychopathisch verstimmt" klassifiziert worden waren, "nachdem sie sich keiner anderen ätiologischen und symptomatologischen Kategorie zuordnen ließen".

NISSEN charakterisierte diese Jugendlichen als Außenseiter, die sich freilich auch in den anderen depressiven Syndromen finden.

"Der Versuch, endogene Psychosen und abnorme, d.h. nichtpsychotische seelische Zustände auf ihre psychopathischen Hauptmerkmale zu betrachten, wird sich immer mit zwei Punkten, der Frage nach den verbindlichen Symptomvereinigungen und der Erhellung der psychologisch verständlichen Zusammenhänge im Wesentlichen befassen müssen" (ZEH).

Bei Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten wie sie Nosologie und Phänomenologie bieten, dürfte es in vielen Erkrankungsfällen möglich sein, die pathogenetischen Vorgänge depressiven Geschehens zu erfassen und damit eine Abgrenzung zwischen psychotischen und nichtpsychotischen Depressionsformen zu leisten.

C. Kasuistik

I. Häufigkeiten und Arbeitsweise

Insgesamt fanden sich unter den etwa 8000 Patienten, die in den Jahren 1973 - 1977 zu einer ambulanten poliklinischen Behandlung in der Universitäts - Nervenklinik Würzburg vorstellig wurden 1698 Patienten aller Altersstufen mit einem depressiven Syndrom, die Involutionsdepressionen eingeschlossen.

Von diesen zeigten 227 Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr eine Depression. Sie stellen damit, bezogen auf die Gesamtheit der depressiven Syndrome den Anteil von 13,4 %, bezogen auf die Gesamtzahl der ambulanten Patienten eine Häufigkeit von 2,84 %.

47, also 20,7 % dieser depressiven Kinder und Jugendlichen, waren an einer endogen - phasischen Depression mit mindestens einer Phase von mehrwöchiger Dauer erkrankt. Bezogen auf die Gesamtheit der depressiven Patienten ergibt sich somit für endogene Depressionen unter dem 19. Lebensjahr ein Wert von 2,8 % . Bei 24 weiteren Kindern und Jugendlichen bestand der Verdacht auf eine erste Manifestation einer manisch - depressiven Erkrankung.

> Für stationäre Patienten in Berliner Kliniken fand NISSEN bei 0,3 % der Patienten einen Beginn der endogenen Depression vor dem 20. Lebensjahr, wenn er die Involutionsmelancholien mit einrechnete und 0,5 % erste Phasen, wenn er die Involutionsdepressionen ausschloß.

Bezogen auf alle ambulanten Patienten der Würzburger Nervenklinik ergibt sich für die 47 endogen - depressiven Kinder und Jugendlichen unter dem 19. Lebensjahr eine Morbiditätsrate von 0,6 % .

Von den 1471 depressiven Erwachsenen waren 67, also 4,6 % bereits im Kindes- und Jugendalter durch Ängstlichkeitsreaktionen, Nervosität und Kontaktstörungen auffällig geworden.

Die im folgenden aufgeführten 58 Krankheitsberichte sollen einen repräsentativen Querschnitt der kindlichen und jugendlichen depressiven Patienten darstellen. Kurzdauernde depressive Reaktionen auf Belastungssituationen und andere organisch bedingte depressive Zustände wurden nicht berücksichtigt.

Die Patienten werden den Altersgruppen der Kindheit, der Präpubertät oder Pubertät entsprechend der ersten anamnestisch oder katamnestisch festgehaltenen Erstmanifestation einer depressiven Störung zugewiesen.

> Zwischen den verschiedenen Entwicklungsphasen bestehen fließende Übergänge, eine starre Begrenzung einzelner Altersstufen wird dem Einzelfall unter Umständen nicht gerecht. Daher existieren in der Literatur bei der Einteilung der verschiedenen Altersgruppen der Kindheit, Präpubertät und Pubertät keine Übereinstimmung.
>
> ZIEHEN spricht bis zum 13. und 14. Lebensjahr von Kindheit und für die darauffolgende Zeit von Pubertät.
> BRADLEY schlägt vor, den Begriff der Kindheit bis zum 12. Lebensjahr anzuwenden.
> NISSEN faßt jeweils die Jahre vom 6. bis 11. sowie vom 12. bis 18. Lebensjahr in einen Entwicklungsabschnitt zusammen.
> SPIEL, VILLINGER wie auch SEITZ beobachten einen Unterschied bei den Erkrankungsformen vor dem 10.Lebensjahr und zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr sowie nach Abschluß des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Jahres; sie treffen hiernach die Einteilung der Altersphasen.
>
> Die Pubertät wechselt fast übergangslos in die Adoleszenz. MALE spricht bereits ab dem 16. Lebensjahr von Adoleszenz.
>
> Nach den vorliegenden Krankheitsberichten stellen die Zeiten um das 10./11. und um das 14. Lebensjahr Übergänge im Entwicklungsprozeß dar. Deshalb wird eine ähnliche Alterseinteilung vorgenommen wie bei SPIEL, VILLINGER und SEITZ.

Innerhalb der Altersstufen werden endogene uni- und bipolare depressive Erkrankungen den endogenen Depressionen mit reaktiven Zuflüssen und den depressiven Störungen gegenüber gestellt. Die unterschiedlichen Kriterien in der Berichterstattung der Krankheitsverläufe ließen eine exakte Auswertung der Kasuistik mit statistischen Methoden nicht zu.

II. Kindesalter bis zum 10. Lebensjahr

1. Depressive Zustände mit endogenen und reaktiven Anteilen

Übereinstimmend mit Berichten in der Literatur (NISSEN), v.BAEYER, LEMPP) fand sich in dieser Altersgruppe kein Kind, bei dem die Diagnose einer endogenen Depression eindeutig gesichert werden konnte. Der V e r d a c h t auf eine Erstmanifestation einer endogenen Depression bereits im Kindesalter unter 10 Jahren stellt sich jedoch im folgenden Krankheitsbericht.

(1) Paranoisch unterlegte endogene Depression

B.W. 16.9.41 männlich, Behandlungsbeginn 30 Jahre

Die ersten psychisch abnormen Zustände zeigt der Patient bereits mit 6, dann mit 11 Jahren. In paranoischer Verkennung der Wirklichkeit glaubt er, die Luft sei vergiftet.
Mit 30 Jahren wird er erneut mit einer schweren gehemmten Depression vorstellig. Er klagt über Angstgefühle, vor allem während des Essens, wo er fürchtet, die Speisen seien vergiftet. Die Angstzustände gehen mit Schweißausbruch und beschleunigter Atmung einher. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist gut.
Eine medikamentöse Behandlung bringt zunächst keine Besserung. Erst ein Elektroschock und eine Agedalinfusion lockern die schwere Hemmung auf.

E p i k r i s e :

Im Verlauf der Erkrankung ist eine Phasenhaftigkeit der paranoischen Zustände zu erkennen. Dabei fällt auf, daß sich die immer ähnliche Bedrohungsthematik zu Zeiten manifestiert, in denen häufig Entwicklungsschwierigkeiten beobachtet werden.
Mit 6 Jahren sind erste halluzinatorische Ängste und Erscheinungen auffällig, die sich in der Präpubertät wiederholen. Der Patient fühlt sich von außen bedroht.
Die Krankheit setzt sich vom Kindesalter in das Erwachsenenalter fort. Dort kommen starke Hemmungserscheinungen zur paranoisch-angstvollen Gestimmtheit hinzu.

Im nachfolgenden Bericht finden sich ebenso bereits in der Kindheit prämorbid asthenische Wesenszüge.

(2) Depressiver Schuldwahn - religiöse Fanatisierung

U.R. 15.8.49, männlich, Behandlungsbeginn 25 Jahre

Die Mutter des Jungen ist leicht depressiv und überprotektiv, der Vater zeigt ein sprühendes Temperament.

Bereits mit 4 bis 6 Jahren hat der Junge kaum Kontakt zu anderen Jungen. Er berichtet später, er habe zu dieser Zeit wie ein Mädchen lange Haare tragen müssen, sei wegen seiner Sprache gehänselt, verlacht und sogar geschlagen worden, er habe sich nicht wehren können.

Bei der Einschulung verstärken sich seine Schwierigkeiten, er zieht sich immer mehr zurück und spielt nur noch mit seinen Schwestern oder anderen Mädchen.

Mit 12 Jahren stellt er sich auf das Bahngeleise, um sich überfahren zu lassen. Er meint, das Verhalten seiner Umwelt ihm gegenüber nicht mehr ertragen zu können, fühlt sich nunmehr lediglich als Zuschauer im Abseits stehend. Im Gymnasium ist er ein schlechter Schüler, repetiert und wechselt auf die Mittelschule, erreicht dennoch später das Wirtschaftsabitur.
Nach dem Tod des Bruders hilft er der Mutter, um sie aus ihrer depressiven Verstimmung heraus zu führen.

Mit 24 Jahren verläßt er das Elternhaus wegen eines Praktikums zum ersten Mal für längere Zeit. Er findet keinen Anschluß bei Arbeitskollegen und fühlt sich minderwertig. Eine homosexuelle Problematik, die angeblich vom Vater durch entsprechende Anspielungen provoziert worden sei, führt zu Schuld- und Versündigungsgefühlen und einer verstärkten Hinwendung zu religiösen Bewegungen.
Mit 25 Jahren stellt sich eine manifeste psychotische Episode ein. U. ist zu dieser Zeit fast stuporös, später nehmen die Angstzustände so zu, daß er oft laut aufschreit. Er verliert sich in religiöse Vorstellungen. Auch nach dem Abklingen der akuten Episode verharrt er in einer labilen, subdepressiven Stimmungslage.

Einige Wochen später nehmen Entschlußlosigkeit und Aktivitätsverlust zu. Schließlich findet ein totaler Kontaktabbruch zur Umwelt statt. U. bleibt völlig gehemmt in einem paranoisch-religiösen Wahnsystem eingefangen und lehnt jede medikamentöse Hilfe ab. Auch nach Beendigung eines stationären Aufenthaltes zeigt sich keine wesentliche Besserung.

E p i k r i s e :

Schon in der Vorschulzeit wird der Junge durch ein mangelndes Durchsetzungsvermögen bei seinesgleichen auffällig. Hierin äußert sich die asthenische Ichstruktur, die dann auch durch depressive Überempfindlichkeit zu einem ständigen Gefühl des Bedroht- und Verlachtwerdens und des Abgelehntseins führt. In depressiver, illusionärer Verkennung erscheint jeder Anlaß wie lange Haare,

Sprache als Attacke gegen seine Persönlichkeit. Das Außenseitergefühl und die depressive Gestimmtheit nehmen in der Schulzeit zu und führen neben schlechten Schulleistungen bereits mit 12 Jahren zu ernsthaften suizidalen Absichten. Der depressive Rückzug bahnt sich an.
Eine zwischenzeitliche Beruhigung und Erfolge können die negative Entwicklung der Depressivität nicht ändern. Diese wird durch den Tod des Bruders und die mütterliche Depression erneut verstärkt. Die depressive Zurückgezogenheit des Patienten, sein geringes Durchsetzungsvermögen und seine depressiv gesteigerte Empfindlichkeit verhindern die rechtzeitige Ablösung aus der Familie, begründen negative Erfahrungen und eine erneute Außenseiterposition bei seinen Kameraden.
In seiner resignativen Abwendung von Mitmenschen, seiner depressiven Hilfsbedürftigkeit und auch infolge der homosexuellen Schuldvorstellungen wendet er sich verstärkt religiösen Vorstellungen und Betätigungen zu, wie dies nicht selten bei depressiver Gestimmtheit als Selbstheilungsversuch und bei der Suche nach Glückserfahrung zu beobachten ist. Bei U. steigert sich Religiosität jedoch in ein Wahnsystem, das jeden Realitätsbezug ausschließt und 13 Jahre nach dem Suizidversuch in einer psychotischen Episode mit einem totalen Kontaktabbruch zur Umwelt endet.

Auch bei der folgenden Patientin zeigen sich alterstypische Ausdrucksformen depressiven Befindens.

(3) Protrahierte depressive Verstimmung

R.U. 31.10.59, weiblich, Behandlungsbeginn 15 Jahre

Die Mutter des Mädchens wirkt depressiv und ist auf Schlafmittel angewiesen. Der Vater ist vital, jedoch aus beruflichen Gründen selten zu Hause.

Bereits im Alter von 2 bis 3 Jahren ist das Mädchen auffallend ängstlich, ungewöhnlich still und nach Aussagen der Eltern wenig zärtlichkeitsbedürftig.Es spielt früh allein, entwickelt einseitig technische Interessen und bevorzugt Bubenspiele. Auch später wird es von den Eltern als verschlossen erlebt, es habe niemals viel über sich selbst mitgeteilt.

Mit 8 bis 10 Jahren stellen sich vermehrt Ohnmachtsanfälle und Wetterfühligkeit ein.
Vom 15. Lebensjahre an fällt der Familie eine mit Antriebsminderung einhergehende, depressiv zu bezeichnende Befindensstörung auf. Die Patientin klagt über Müdigkeit,Lustlosigkeit und Schlafstörungen. Ohnmachten und starke vitalisierte Symptome führen zur stationären Aufnahme.Dort wird vor allem ein ausgeprägtes Zuwendungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis deutlich, das zu projektiver Überbesetzung und zu einer

schwärmerischen Abhängigkeit der Patientin von den Personen ihres Kontaktkreises führt.

E p i k r i s e :

Das mangelnde Zärtlichkeitsbedürfnis, die große Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit im Kleinkindalter lassen darauf schließen, daß das Mädchen vor allem in der frühesten Kindheit einer emotionalen Mangelsituation unterworfen war. Möglicherweise war die Mutter von Anfang an in einer depressiven Bedrücktheit befangen, die sich auf das Kind übertrug und die eine normale Entwicklung der Emotionalität und sozialen Kontaktfähigkeit erschwerte. Wie die betont männlichen Interessen und Spiele erkennen lassen, wird die Person des Vaters für das Kind bedeutsam, der jedoch selten anwesend ist. Zum emotionalen Spiel mit Puppen findet das Mädchen keinen Zugang.

Auch später gelingt es den Eltern nicht, zu ihrer Tochter ein offenes und vertrauensvolles Verhältnis herzustellen.

Die Ohnmachtsneigung und verstärkte Wetterfühligkeit in der späten Kindheit lassen eine in der emotionalen und vitalen depressiven Herabgestimmtheit grundgelegte Labilität und Schwäche offenbar werden. Diese setzt sich mit den weiterhin bestehenden vegetativen Befindensstörungen und einer depressiven Antriebsschwäche in die Pubertät fort. Psychische Merkmale lassen dann die depressive Grundbefindlichkeit für die Umgebung erkennbar werden.

Das aufbrechende Kontaktbedürfnis und die Neigung zu schwärmerischer Abhängigkeit und Zuwendung zu anderen Personen durchbrechen in der Pubertät erstmalig die bis dahin bestehende Isolationstendenz. Eine Nachholbedürftigkeit an Zuwendung wird erkennbar.

Bei diesem Mädchen kann man die altersspezifischen Erscheinungsformen der Depressivität gut verfolgen: von der autistisch-ängstlichen Verhaltensweise des Kleinkindalters verändert sich die Symptomatik über psychosomatische Erscheinungsbilder bis hin zu psychisch bestimmten Syndromen der Pubertät mit übersteigertem Bedürfnis nach Anlehnung und Zuwendung als Ausdruck eines depressiv herabgeminderten Selbstwertgefühls.

Beim Vorliegen starker Angstzustände in der Kindheit wird die Verdachtsdiagnose "Depression" nur dann gestellt, wenn diese mit starken Hemmungserscheinungen zusammentreffen. Die Fortentwicklung in eine manifeste adulte Depression ist jedoch erst durch eine Langzeitbeobachtung erkennbar.

(4) Schwere Angstreaktionen, wahrscheinlich erste Äußerungen einer Depression

H.V. 7.7.1964, weiblich, Behandlungsbeginn 9 Jahre

Die Mutter sowie der Sohn ihrer Schwester leiden an einer endogen-phasischen Depression mit zeitweiliger paranoischer Unterlegung.
Nach den Angaben der Eltern entwickelt sich das Mädchen bis zum 10. Lebensjahr unauffällig, bis plötzlich unmotivierte Ängstlichkeitsreaktionen auftreten. Es schläft nachts nicht mehr, leidet unter dem Gefühl, sterben zu müssen. In der Schule, besonders im Musikunterricht beginnt es, unmotiviert zu weinen, obwohl es eine gute Schülerin ist und sich mit der Lehrerin gut versteht. Die Grundlosigkeit der Angst, der Verstimmung und des Tränenausbruchs ist ihm bewußt.

Nach einer kurzen Pause der Syntonisierung folgt vier Wochen später eine zweite kurze Phase unmotivierter, ängstlicher Verstimmung. Tagsüber diesmal fröhlich und heiter, überkommt das Mädchen des Nachts derartige Angstzustände und Weinausbrüche, daß Vater und Mutter neben dem Kind liegen müssen. Es befürchtet, die Eltern müßten sterben oder würden von ihm getrennt.
In der Schule und im Klavierunterricht ist ein Leistungsabfall zu beobachten.

E p i k r i s e :

Eine hereditäre Belastung mütterlicherseits sowie der phasenhaft abgesetzte Verlauf -wobei die Kurzphasigkeit dem Wesen kindlicher Depressionen entspricht- lassen eine endogene Grundlage der depressiv gefärbten Angstreaktionen in Erwägung ziehen. Auch die Intensität der Erscheinungen wäre einer endogenen Erkrankung durchaus angemessen.
Bei einer endogenen Erkrankung eines Elternteiles, besonders der Mutter, die als Bezugsperson für das Kind besonders wichtig ist, stellt sich jedoch auch die Frage nach der Induktion der kindlichen Verhaltensstörung (ASPERGER, CORBOZ, REMSCHMIDT).

Reaktive Momente spielen sicher eine Rolle. Es ist zu vermuten, daß der Kontakt zur Musiklehrerin doch nicht so unbelastet und die Tränenausbrüche so unmotiviert sind, wie es geschildert wird, da sich der Leistungsabfall vor allem auf den Musikunterricht konzentriert. Allerdings ist auch denkbar, daß frühe Verhaltensstörungen des Mädchens im Sinne einer resignativen Ängstlichkeit vom erkrankten Elternteil im Vergleich zur eigenen Erkrankung als nicht auffällig empfunden werden und bei höherer Leistungserwartung anscheinend unmotiviert aufbrechen. Die Belastbarkeit ist bei einer derartigen endoreaktiven Konstellation vermindert, gleichzeitig jedoch die Sensibilität für Schwierigkeiten gesteigert und damit die Angstbereitschaft erhöht.

Häufig gehen Zustände von Ängstlichkeit einer späteren Depression voraus.

(5) Depressive Verstimmung, wenig belastbare Persönlichkeit

G.E. 1.1.54, männlich, Behandlungsbeginn 20 1/2 Jahre

Elterlichen Auskünften zufolge war der Patient bereits als Kind übersensibel und sehr schreckhaft. Er habe sich noch nie gesund und glücklich gefühlt.

Mit 11 Jahren steht der Junge wegen Verkrampfungen im Magen- und Darmbereich, für die keine organische Ursache gefunden werden kann, in Behandlung.

Vom 19. Lebensjahre an kapselt sich G. in depressivem Rückzug zunehmend von der Umwelt ab. Er habe sein ganzes Selbstvertrauen verloren, unter Menschen wage er sich nicht mehr.

Mit 20 1/2 Jahren tritt eine starke Verschlechterung mit einer ausgeprägten vegetativen Stigmatisierung ein. Der Schlaf ist erheblich gestört; der Patient zeigt deutliche morgendliche Tiefs wie auch Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen mit entsprechendem Leistungsabfall. Positive Aspekte des Lebens kann er nicht mehr sehen, Angst und Zukunftsfurcht dominieren.

In einem Stadium depressiver Dekompensation nimmt G. in suizidaler Absicht Tabletten ein. Auch nach einer durch die Behandlung eingetretenen Besserung zeigt er eine verlangsamte Motorik und äußert resigniert Angst vor jeder Kommunikation.

E p i k r i s e :

Überblickt man den gesamten Krankheitsverlauf, so ist zu vermuten, daß bereits in der Kindheit mehr psychische Störungen und Beschwerden vorlagen, als vom Patienten und seinen Angehörigen mitgeteilt wird. Auch die Aussage, er habe sich als Kind nie gesund und glücklich gefühlt, gibt hierauf einen Hinweis.

Übersensibilität und Schreckhaftigkeit sowie die psychosomatischen Erscheinungen zeigen eine bereits tiefer verwurzelte Belastungsinsuffizienz und Labilität, auf deren Grundlage die Ausbildung einer habituellen depressiven Reaktionsweise vordisponiert erscheint. Jeder Anlaß weitet sich beim Vorliegen einer solchen psychischen Asthenie zu einem Ereignis mit "depressiogener" Wirkung aus (DÜHRSSEN).

So kann eine depressiv-neurotische Entwicklung eintreten, die sich zu einer Persönlichkeitsstörung und einem depressiven Befinden von fast psychotischem Ausmaß ausbreitet. Der Suizidversuch ist als fast voraussehbare Folge einer langdauernden Entwicklung zu verstehen.

Die nächsten Krankheitsberichte geben weitere Beispiele früher kindlicher Befindens- und Verhaltensstörungen, die mit depressiven Beeinträchtigungserlebnissen in der Pubertät in Zusammenhang gebracht werden können.

(6) Depressive Verstimmung mit paranoischer Unterlegung

R.L. 7.4.59, männlich, Behandlungsbeginn 18 Jahre

Der Junge stammt aus einer belasteten Familie. Vater und Mutter sind depressiv, der Bruder abnorm.

Bereits im 5. Lebensjahr zeigt der Patient eine Enkopresis, ist eifersüchtig und ängstlich, wenn die Mutter in einer Apotheke arbeitet. Von anderen fühlt er sich benachteiligt und nicht beachtet.

Die Pubertätsproblematik verstärkt das Gefühl der Benachteiligung. R. versagt in der Schule und schwänzt sie häufig, die Mutter ist deshalb verzweifelt.
R. kommt, um eine psychotherapeutische Behandlung zu beantragen. Er habe niemand, mit dem er reden könne, von Mädchen erfahre er nur Ablehnung.

E p i k r i s e :

Das Gefühl der Benachteiligung - wenn es schon so früh eine derartige Ausprägung zeigt und sich als Lebensthematik durch die ganze Entwicklung hindurch verfolgen läßt - dürfte mehrere Ursachen haben. So stellen die depressive Stimmung beider Eltern zusammen mit den Verhaltensstörungen des Bruders für R. sicherlich eine Dauerbelastung dar und lassen auch eine endogene Disposition in Erwägung ziehen. Zudem war die Zeit und Zuwendungsfähigkeit der Mutter für R. in der Kindheit durch die doppelte Belastung der Berufstätigkeit und des vermehrten Pflege- und Zuwendungsanspruches des abnormen Bruders an sie derart begrenzt, daß der Patient ein bis ins Paranoische ausgeweitetes Gefühl der Eifersucht und ständigen Benachteiligung entwickelt.

Diesem Gefühl entspricht nach psychoanalytischer Erfahrung die Ausbildung einer vermehrten Anspruchs- und Erwartungshaltung an die Umwelt, die durch eine normale Zuwendung in späterer Zeit nicht mehr befriedigt werden kann und zur Quelle steter Enttäuschungserlebnisse wird (MEVES). Die Notwendigkeit eines eigenen Einsatzes zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte wird nicht anerkannt. Stattdessen wird die Schuld für die eigene Verstimmung und Einsamkeit unbewußt in die Umwelt verlagert. Erzieherischen Ansprüchen und Leistungsanforderungen durch die Schule weicht er durch Schwänzen aus, er zeigt nicht die Gewissenhaftigkeit und den erhöhten Leistungsanspruch,der

für die depressive Charakterstruktur häufig typisch ist. Seine Depressivität trägt mit Vorwürfen und Forderungen an die Umwelt resignativ - aggressive Züge, sich selbst gegenüber ist der Patient nachgiebig und empfindsam.

Psychosomatische Störungen stehen im Kindesalter häufig im Vordergrund von Diagnosen, die eine depressive Verstimmung zum Inhalt haben.

(7) Zustand von Anorexia

S.M. 5.4.70, weiblich, Behandlungsbeginn 4 Jahre

Nach Ehescheidung der Eltern und wechselnder nicht ausreichender Unterbringung entwickelt das 4-jährige Mädchen einen ausgeprägten Zustand von Anorexia.

(8) Enuresis nocturna

R.C. 4.3.64, weiblich, Behandlungsbeginn 6 Jahre

Das 6-jährige Mädchen wirkt traurig bedrückt, eine Konzentrationsschwäche ist zu beobachten.

(9) Frühkindliche Deprivation - Enuresis nocturna

D.D. 3.5.67, männlich, Behandlungsbeginn 6 Jahre

Der Junge zeigt depressive Verhaltensstörungen mit starker Affektlabilität, er lügt und stiehlt.

(10)Ängstlich - asthenische Konstitution

E.A. 12.9.68, männlich, Behandlungsbeginn 6 1/2 Jahre

Als der Junge 3 1/2 Jahre alt war, trennte sich der Vater von der Familie; die entgültige Scheidung fand zwei Jahre später statt.

Der Junge ißt schlecht und kann sich unter Gleichaltrigen nicht durchsetzen. Die Mutter fürchtet, daß die Wesenszüge des lebensuntüchtigen Vaters bei dem Jungen durchschlagen könnten. Besonders nach den monatlichen Besuchen des Vaters sei der nun 6 1/2-jährige Junge immer ganz verstört. Allgemein ist eine gesteigerte Angstbereitschaft festzustellen.

Derartige depressive Syndrome lassen sich meist auf eine milieureaktive Störung zurückführen.

2. Diskussion der Befunde im Kindesalter.

Wie bereits berichtet, konnte auch in Würzburg bei Patienten bis zum zehnten Lebensjahr kein Fall einer eindeutigen endogenen Depression beobachtet werden.

> Es ist allerdings zu fragen, ob die sich mit großer Ähnlichkeit wiederholenden paranoischen Zustände von Pat.(1) nicht bereits als Erstmanifestationen einer endogenen Depression im Sinne STUTTEs, SPIELs oder auch als erster Ausdruck eines phasischen Rhythmusses (WINZENRIED) verstanden werden dürfen.

Bei Pat.(1) ebenso bei Pat.(2) darf man aber das Vorliegen eines Initialstadiums einer Depression, das noch keine psychotische Intensität erreicht (SEITZ) annehmen oder ein präpsychotisches Zustandsbild im Sinne EGGERS.

> Diese präpsychotischen Bilder fassen Vorstadien zu Psychosen ebenso wie psychoseähnliche Erscheinungsbilder. Bei ihnen sei jedoch noch eine gewisse Realitätskontrolle erhalten.Ein kontinuierlicher Übergang von einer Präpsychose in eine manifeste Psychose sei möglich, er müsse sich aber nicht vollziehen (EGGERS, WINZENRIED).
> EGGERS beschreibt einen solchen präpsychotischen Zustand u.a. am Beispiel eines zehnjährigen Jungen mit Vergiftungsängsten.

Die ersten beiden Beispiele der vorliegenden Kasuistik mit ihren engen Beziehungen zu späteren endogenen psychotischen Depressionen unterscheiden sich von den anderen depressiven Verstimmungen der Pat.(3),(5) und (6) vor allem durch ihre "Uneinfühlbarkeit" (STRUNK), aber auch durch das Ausmaß der Störung (BARKER).

Diese einfachen Störungen mit einer allgemeinen Bedrücktheit und Ängstlichkeit stehen nach Intensität oder reaktiver Ableitbarkeit meist noch im Vorfeld einer Depression. Von ihrem Auftreten kann noch nicht auf eine zwangsläufige Weiterentwicklung und Wiederholung im Rahmen einer späteren endogenen Depression geschlossen werden. Als allgemeine Disposition zu einer depressiven Fehlentwicklung sind sie allerdings zu bedenken.

Die frühesten, erstmalig bewußter erlebten depressiven Be[illegible]erden zeigen sich mit 2 bis 4 Jahren,Pat.(2),(3).Da die

Rückerinnerung meist ab dem fünften Lebensjahr kontinuierlicher einsetzt, werden Erlebnisse einer depressiven Gestimmtheit oder einer bedrückenden Ängstlichkeit auch vom Patienten selbst meist auf dieses Alter zurückverlegt.

Das siebte Lebensjahr bildet einen ersten Höhepunkt für psycho - vegetative Syndrome, die dem depressiven Formenkreis zugerechnet werden können. Die fortgeschrittene Entwicklung der Artikulations- und Reflexionsfähigkeit in diesem Alter ermöglicht nun eher die Ausbildung der psychischen Symptomatik einer Depression. Es ist auch zu vermuten, daß manche Störungen im Hinblick auf die erhöhten Leistungsanforderungen durch Vorschulerziehung und Schulbeginn deutlicher zutage treten (LEMPP). Sie werden in diesem Alter von den Eltern und Erziehern durch den Vergleich mit anderen Kindern eher erkannt und einer ärztlichen Konsultation zugeführt. Sozialverhalten und Durchsetzungsfähigkeit werden dem depressiven Kind in der größeren Gemeinschaft von Kindergarten und Schule zunehmend zum Problem.

> AGRAS hält die Schule sogar für die Ursache der nun eintretenden depressiven Zustände. Nach LEMPP u.a. ist aber eher anzunehmen, daß sie bei einer bereits latent vorhandenen Störung lediglich eine auslösende Funktion besitzt.

Bei den frühen depressiven Syndromen wie bei den leichten depressiven Befindens- und Verhaltensstörungen stehen vegetative Symptome im Vordergrund. In der vorliegenden Kasuistik erscheinen die Symptome Appetitstörungen, Schlaflosigkeit, Enuresis und Enkopresis, (Pat.(3),(4),(5),(6),(7).

> Eine solche vegetativ betonte Depression zu erkennen ist schwierig. Das einzelne Merkmal, z.B. Schlafstörung oder Pavor nocturnus hat natürlich keine pathognostische Bedeutung. Vor allem stellt nicht jede Enuresis an sich bereits eine "enuretic depression" (FROMMER) dar (NISSEN).
>
> Selbst bei schweren depressiven Zuständen im Kindesalter oder Depressionen älterer Kinder muß nach einer depressiven Verstimmung oft noch regelrecht gesucht werden (WEBER).

Bei schweren depressiven Erkrankungen in der vorliegenden

Kasuistik,Pat.(1),(2),(6), ebenso wie bei katamnestischen Berichten über prädepressive und depressive Beeinträchtigungen, werden neben den somatischen Beschwerden einfache mental - psychosomatische Symptome (NISSEN) wie Affektlabilität, Übersensibilität oder Nervosität angegeben, Pat. (5),(9),(10)

Ängstlichkeit kann im Kindesalter als Vorbote oder Symptom depressiver Zustände sehr oft beobachtet werden.

Als frühe Form kindlicher Existenzängste war altersentsprechend eine Bedrohungs- und Verlassenheitsthematik mit Vergiftungs- und Trennungsbefürchtungen erkennbar, Pat.(1),(2),(3). Zukunftsängste und Verarmungsfurcht traten nicht auf. Sie sind der Struktur des kindlichen Lebens nicht gemäß (EGGERS, NAUMES).

Als Ausdruck einer psychischen Asthenie kann die Ängstlichkeit die Neigung zur depressiven Dekompensation und zum depressiven Rückzug anzeigen, Pat. (2),(5),(10).

Die Differentialdiagnose der depressiven Störung mit einer Ängstlichkeitssymptomatik zu angstneurotischen Störungen muß wie bei Pat.(4)sorgfältig erwogen werden.

Ängste vor der Gemeinschaft und ihren Ansprüchen äußern sich vielfach in Kontaktstörungen als Vorläufer depressiver Erkrankungen, wobei die Kontaktstörungen häufig mit schwereren Verläufen der Depressivität verbunden sind. In der vorliegenden Kasuistik sind Ängstlichkeit und Kontaktstörungen nach anamnestischen wie katamnestischen Berichten bei prädepressiven und depressiven kindlichen Syndromen zahlenmäßig am stärksten vertreten. Pat.(1),(2),(3),(4),(5),(6),(10). SPIEL und REMSCHMIDT verweisen ebenfalls auf die Bedeutung dieser Symptome. NISSEN ermittelte ihren Rang in der Reihenfolge der häufigsten psychischen Depressionssymptome des Kindes: Kontaktschwäche, Angst, Gehemmtheit, Selbstisolierung, Ängstlichkeit u.a.

Die Kontaktstörungen zeigen Beziehungsstörungen zur Umwelt im weitesten Sinne auf.Aus einer gestörten Beziehung zu den Eltern oder einer anderen wichtigen Bezugsperson im Sinne einer emotionalen Deprivation oder einer anderen"psychotoxischen" Störung(SPITZ) z.B.bei Pat.(3),(6),(7),resultiert

das Gefühl, "zu kurz gekommen" und benachteiligt zu sein. Dieses Außenseitergefühl (NISSEN) kann vor allem in der Pubertät zu einer Haltung ängstlicher Resignation mit Selbstmitleid und Weichheit, aber auch zu Anerkennungssucht und Geltungsdrang, Eifersuchtsreaktionen oder zu autoaggressiven und aggressiven Ausbrüchen führen, Pat.(2) Pat.(6).
Wie NISSEN herausstellt, entsprechen aggressive Züge im depressiven Geschehen mehr dem Wesen eines Jungen als dem eines Mädchens. In den vorliegenden Krankheitsberichten fällt eine depressiv begründete Aggressivität in Form von Enkopresis bei Pat.(6) und Stehlen bei Pat.(9), bei zwei Jungen auf.
Gefühle der Benachteiligung, der Bedrohung und der Ablehnung ziehen sich, sofern sie nicht aufgearbeitet werden können, mit bemerkenswerter Durchsetzungskraft durch die weitere Lebensentwicklung fort. Mit ihrer Konstanz können sie die Gestaltung zukünftiger Depressionsbilder beeinflussen, Pat.(1),(2),(3),(5),(6).

In fast allen kindlichen depressiven Syndromen sind psychoreaktive Momente am Geschehen ursächlich oder erschwerend beteiligt. Für das depressive Kind ist eine Einsicht in die Zusammenhänge nur selten möglich. Familiäre Schwierigkeiten, Mißerfolgserlebnisse bei Kameraden und in der Schule wirken vertiefend auf ein beginnendes neurotisches oder endogenes Depressionsgeschehen ein, vor allem, wenn sie mit einer erzieherischen Fehlhaltung zusammentreffen. Da exogene Faktoren zu einem chronischen Depressionsverlauf führen können, ist hier ein therapeutischer Ansatz sinnvoll.
Bei depressiv gestimmten Bezugspersonen muß die Frage der Induktion depressiver Zustände erwogen werden (ASPERGER, CORBOZ). Zwischen einer induzierten Freudlosigkeit und dem psychopathologischen Geschehen einer Depression ist beim Kind genau zu differenzieren.

III. Präpubertät vom 11. bis zum 14. Lebensjahr

1. a Unipolare endogene Depressionen

Endogene Depressionen mit einer rein unipolar - depressiven Symptomatik werden auch in dieser Altersstufe selten beobachtet und dann erst gegen ihr Ende. Es zeigten sich altersspezifische Besonderheiten in Form von manisch - depressiven Elementen oder mit Zwangsphänomenen.

(11) Endogene Depression mit anankastischen Symptomen

S.S. 7.1.62, männlich, Behandlungsbeginn 11 1/1 Jahre

Primär ist der Patient völlig unauffällig, er findet auch leicht Kontakt zu anderen und wird als fleißig, brav und strebsam geschildert.
Die Mutter ist ebenfalls sehr gewissenhaft.

Mit 11 1/2 Jahren bildet sich akut eine Zwangssymptomatik aus: Der Junge muß von einem Hydranten zum anderen laufen, in alle Ecken sehen. Er hält unvermittelt beim An- und Auskleiden ein und entwickelt einen Waschzwang.
Eine medikamentöse Behandlung wird durchgeführt.

Nach vier Monaten bestätigt der ärztliche Bericht ein sehr geordnetes Denken. Der Junge sei aber niedergeschlagen, er habe alle "Freudigkeit" verloren und sei im Antrieb verarmt, zeige außerdem eine unbegründete Schuldangst, die die Mutter fälschlicherweise mit der Beichte in Zusammenhang bringt. Hypochondrische Ängste liegen bei diesem Jungen im Beginn der Krankheit nicht vor, ebenso keine Selbstmordgedanken.

Nach weiteren vier Monaten geht die Zwangssymptomatik vollständig zurück. Dafür tritt eine vitalisierte depressive Verstimmung in den Vordergrund: der Patient wird zunehmend inaktiv, kontaktscheu und weint viel. Die Stimmung ist schlecht, wobei sich ein deutliches Morgentief ausbildet. Als führendes Symtom tritt eine ebenfalls morgendlich akzentuierte Inappetenz auf. Der Junge wirkt altklug, zeigt eine depressive Symptomatik, ist jedoch ohne Leidensdruck.

Nach weiteren vier Monaten ereignen sich immer wieder stark induzierbare depressive Stimmungsschwankungen und skrupulante Vorstellungen.

Die abschließende Diagnose ergibt eine früh einsetzende Depression mit Schuldangst, Störungen im psychischen Bereich und mit vegetativen Fehlleistungen, die auf thymoleptische Therapie gut anspricht. Anankastische Symptome waren im Beginn der Erkrankung auffällig.

E p i k r i s e :

Der Krankheitsverlauf interessiert aus mehreren Gründen: einmal imponiert der akute Beginn mit den multiplen Zwangserscheinungen ohne jegliche Depressionssymptome, für die kein unmittelbarer Anlaß gefunden werden kann. Sodann fällt die vollständige Umkehr der Symptomatologie vom rein Zwanghaften ins ausschließlich Depressive in relativ kurzer Zeit, noch in der ersten Phase auf. Der Symptomenwandel zeigt, daß die anfänglichen Anankasmen als Teilerscheinung der Depression zu werten sind.

Von einem unserem Krankheitsfall sehr ähnlichen Verlauf berichtet v.STOCKERT: ein 12-jähriger Junge zeigte Zwangssyndrome, die nach drei Jahren völlig abklangen und den Eindruck einer ersten atypischen Periode einer zirkulären Psychose erweckten. Viele Autoren verweisen auf eine, vor allem in den ersten Phasen einer endogen-depressiven Erkrankung dieser Entwicklungsstufe auftretende Zwangssymptomatik (SPIEL, v.STOCKERT, PAYK, NISSEN, STUTTE u.a.). PAYK beobachtete Zwänge lediglich in Verbindung mit depressiven Verstimmungen oder während der deutlich abgegrenzten Krankheitsphasen. Anankastische Symptome könnten auch vorkommen, wenn in der Primärpersönlichkeit oder auch im Intervall nach einer anankastisch geprägten Phase keinerlei Zwangsphänomene vorliegen.

Bei S. bestehen allerdings mit Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit Beziehungen zwischen der initialen Zwangssymptomatik und anankastischen Tendenzen in der Primärpersönlichkeit. Bei der Mutter sind ähnliche Charakterzüge zu erkennen. Diese Beobachtungen reichen jedoch nicht hin, derart gesteigerte krankhafte Zwangshandlungen zu erklären und vor allem ihre Wandlung zugunsten einer depressiven Symptomatik zu verstehen(Petrilowitsch).

Im Rahmen der ersten Phase zeigt sich noch eine Übergangssymptomatik mit Zwängen und einer zunehmenden motorischen und emotionalen Reduzierung des Antriebs. Die auftretende Schuldangst steht mit der Zwangssymptomatik sicher im Zusammenhang, könnte aber auch durch eine religiöse Schuldproblematik der Mutter mitbestimmt sein, da der Junge, wie sich später herausstellt, leicht beeinflußbar ist.

Schuldgefühle ziehen sich als skrupulante Vorstellungen weiterhin durch den Krankheitsverlauf. Hypochondrische Ängste, wie sie häufig im späten Kindesalter zu finden sind, werden nicht entwickelt.

Erst in der zweiten Phase kommt die Depression an ihren Höhepunkt: S. zieht sich zunehmend zurück, zeigt eine distanzierte Altklugheit, die vegetative Stigmatisierung trägt deutlich endogene Züge. Sie stellt mit der morgendlich betonten Inappetenz noch einmal Beziehungen zu anankastischen Mechanismen im Sinne einer Anorexia her. Der anschließende, durch thymoleptische Therapie modifizierte Verlauf erweist eine depressiv betonte Stimmungslabilität.

Beschwerdefreie Intervalle fehlen im Verlauf. Dafür zeigen sich charakteristische Wandlungen der Symptomatik, die ein basales endogenes Geschehen deutlich machen.

1.b Manisch - depressive Erkrankungen

(12) Endogene Depression mit späterem manisch - depressivem Verlauf

Z.R. 24.10.60, weiblich, Behandlungsbeginn 12 Jahre

Beide Eltern sowie Mutters Schwester sind depressiv erkrankt; Vaters Bruder verübte in einer depressiven Phase Selbstmord. Alle Kinder zeigen Verhaltensstörungen mit endogener depressiver Beteiligung.

In der Kindheit gibt Z. den Eltern nie Anlaß zu Besorgnis, als Schülerin ist sie sehr ehrgeizig, gewissenhaft und überkorrekt. Sie besucht mit der Schwester, auf die sie sehr eifersüchtig ist, die gleiche Schulklasse.
Mit 12 Jahren leiten Schlafstörungen, die auch weiterhin erhalten bleiben, eine erste depressive Phase ein. Das ängstlich-agitierte Verhalten beeinträchtigt ihr Leistungsvermögen. In den Eifersuchtsreaktionen zeigen sich paranoische Züge.

Bei einer zweiten Phase mit 16 Jahren sind erst acht Tage vor der stationären Aufnahme Krankheitszeichen in Form von Insuffizienzgefühlen und Versagensbefürchtungen zu beobachten. Hinzu kommen Weinerlichkeit und wiederum Schlafstörungen. In der vierwöchigen Behandlung kann ihre Hemmung aufgelockert werden. Der Redefluß steigt an, verworrene Beziehungen zu Männern wie zur Schwester bestimmen die Gespräche.

Vier Monate später ereignet sich im Anschluß an den Schulbeginn eine dritte Phase. Z. verweigert alle Medikamente, erneut kommen Angstgefühle auf. Sie meint, die Leute würden schlecht von ihr sprechen, Antrieb und Spontaneität sind eingeengt. Ihre Antworten sind einsilbig, sie wirkt ratlos und verstört. Zwischendurch ist sie aufgelockert, um im nächsten Moment wieder in Tränen auszubrechen.

Bei der vierten Phase mit 18 Jahren bietet Z. zunächst eine "Faxenmanie" mit Grimassieren und einer fast an Verwirrtheit grenzenden Lockerung der Gedanken und Ideenassoziationen. Sie wird ohne Anlaß handgreiflich und ist rastlos unruhig. Noch während der stationären Behandlung wechselt das Bild in eine Depression, wobei im Gespräch wiederum Eifersucht auf die Schwester und Versagensängste geäußert werden. Nach einer Aufhellung ihres "mutlosen" Zustandes schließt sich nach 14 Tagen noch einmal ein manischer Erregungszustand an. Sie kann gebessert entlassen werden.

E p i k r i s e :

Die beiderseitige elterliche Belastung führt bei der Patientin zu einem frühen Beginn und einem später schweren Verlauf der depressiven Erkrankung.

Schon in der Primärpersönlichkeit zeigt sich eine ins Skrupulante und Anankastische reichende Ängstlichkeit, die die eigene Person in den Mittelpunkt stellt und ständig um die persönliche Integrität besorgt ist. Die daraus erwachsenden Insuffizienzgefühle sensibilisieren die Patientin gegen eine verminderte Anerkennung und lassen gerade in der Pubertät Rivalität und Eifersucht gegen die Schwester wachsen. Insuffizienzgefühle und Minderwertigkeitsprobleme werden auf dem Hintergrund der Depression akzentuiert erlebt und kumulieren in der letzten Phase zu einer offenen, manisch gesteigerten Aggression.

Die erste präpuberale Phase setzt mit unspezifischen Schlafstörungen ein, entspricht dann mit der gemischt-psychovegetativen Ausprägung phänomenologisch bereits weitgehend den anschließenden puberalen Phasen.

Auch wenn die sich durch den gesamten Verlauf hindurchziehende Eifersuchtsthematik reaktiv ableitbar ist und man aufgrund der Kurzphasigkeit die Endogenität der Erkrankung in Frage stellen könnte, gibt der psychopathologische Längsschnitt der Erkrankung, insbesondere mit den manischen und depressiven Anteilen in der vierten Phase doch hinreichend Kriterien für einen endogen - phasischen Verlauf. Es ist bemerkenswert, daß sich die endgültige Gangart dieses bipolaren Verlaufs erst in der Adoleszenz nach drei vorwiegend gehemmten Phasen ausbildet. Die manische Komponente ist zuvor lediglich an einer zeitweiligen Agitation erkenntlich.

Die Kurzphasigkeit und der rasche Phasenwechsel entsprechen den von STUTTE geschilderten Charakteristika kindlicher und jugendlicher depressiver Erkrankungen. Selbst wenn die ersten Phasen mit medikamentöser Behandlung beachtlich rasch unter Kontrolle gebracht werden konnten, so reichte die Therapie nicht aus, den Verlauf vollständig zu stabilisieren.

(13) Manisch - depressive Krankheit

M.M. 28.2.48 weiblich, Behandlungsbeginn 19 Jahre

Zwei Großnichten des Vaters sind geistesgestört, der Vater könne sich nicht richtig freuen, er sei affektiv gleichförmig.

Die Patientin, eine schon immer etwas gehemmte und um "ihr Aussehen besorgte" mittelmäßige Gymnasialschülerin von pyknischer Konstitution, durchläuft eine unauffällige Entwicklung, bis sie mit elf Jahren zum ersten Mal in einen psychisch abnormen Zustand gerät.

Die 22 - Jährige erzählt, sie sei damals durch die Lektüre eines Karl May-Buches so mitgerissen worden, daß sie mehr als eine Woche wie in Trance umherlief. Die Eltern hätten den Zustand der Elfjährigen zwar nicht erfaßt, aber dennoch versucht, sie durch Spaziergänge und Bootsfahrten abzulenken und auf sie einzuwirken.
In der Zeit des Abiturs sei es zu einem ersten Nervenzusammenbruch gekommen. Die Patientin habe viele Nächte vorher nicht mehr geschlafen und in der Deutscharbeit - völlig am Thema vorbei - sich sämtliche Probleme von der Seele geschrieben, im Vordergrund standen vor allem religiöse Konflikte. In dieser Zeit lagen auch die übrigen Leistungen deutlich unter ihrem gewohnten Niveau.
Der Zustand der Patientin hielt trotz nervenärztlicher Behandlung etwa vier Wochen an.

Mit 21 Jahren entwickelt M. im Anschluß an die Enttäuschung und Erregung, daß die Freundin ihr "den Freund ausgespannt" habe, einen akut psychotischen Zustand. Bei einer Bahnfahrt benimmt sie sich so auffällig, daß sie von einem Mitreisenden in die Psychiatrie gebracht wird. Dort gerät sie in eine depressive Phase und äußert, sie wolle mit dem Leben Schluß machen, ins Kloster gehen, Musikerin oder Malerin werden und ähnliches mehr.

Mit 23 Jahren ereignet sich eine neue depressive Phase. Sie grübelt über die Beziehung zwischen Mensch und Gott sowie über ihre Freundschaften und Bekanntschaften.
In einer kurz darauf anschließenden manischen Phase glaubt M.,sich im Jenseits zu befinden und gibt an, sie habe das zweite Gesicht. Wiederholt läuft sie entblößt durch den Flur ihres Wohnheimes und "prüft" mit einem Sprung durch das Fenster, ob die Realität der Traumwirklichkeit entspricht.

Bei der stationären Aufnahme ist sie örtlich und zeitlich kaum orientiert. M. berichtet von nicht nachfühlbaren Farberlebnissen und schildert in ideenflüchtiger Weise unzusammenhängend innere Zustände.

Das Befinden der Patientin bessert sich nur langsam, sie wirkt starr und ungenügend orientiert.

Unter einer Lithiumtherapie kann sie in den nächsten Jahren gut geführt werden und besteht ihr Staatsexamen.

E p i k r i s e :

Hereditäre Belastung, pyknische Konstitution und der Verlauf, der mit zweijährigen Intervallen manische und depressive Phasen abwechselt, zeigen übereinstimmend die Kennzeichen einer manisch - depressiven Erkrankung. Sie kündigt sich beim 11 - jährigen Mädchen das erste Mal relativ früh an.

Ein direkter Anlaß für die erste Auffälligkeit des elfjährigen Mädchens ist nicht zu finden. Es ist zu vermuten, daß das gehemmte Mädchen die für diese Altersstufe charakteristischen Phantasieerlebnisse und Tagträumereien übersteigert erlebte und in ihnen das Gefühl nie erreichter Stärke und Erlebnismöglichkeiten erfahren hat. Die Besorgnis der Eltern nimmt es nicht wahr. Diese versuchen, ihrer Tochter durch Vermittlung interresanter Erfahrungen und realer Erlebnisse bei der Distanzierung von der übermächtigen Phantasiewelt behilflich zu sein.

Das ausgleichende Eingreifen der Eltern in das Geschehen kann die Entwicklung der Erkrankung offensichtlich lange stabilisieren. Erst für das Mädchen übergroße Belastungen wie Abitur und Liebesenttäuschung bringen erneute Dekompensationen.
Die prämorbide Gehemmtheit und Sorge um das Aussehen lassen auf eine Selbstwertproblematik schließen, die mit Erwartungsangst und Zweifeln an der Leistungsfähigkeit einen erneuten Rückzug in die Scheinwelt vorbereitet. Versagensängste, welche die nur mittelmäßige Schülerin in ihrem Bemühen um gute Abiturleistungen entwickelt, führen zu einer depressiven Phase mit deutlich agitativen Komponenten. Sie ist so sehr in ihrer Problematik befangen, daß sie die Erfordernisse der Realität nicht mehr in der notwendigen Weise wahrnehmen und erfüllen kann. Im Abituraufsatz arbeitet sie völlig am Thema vorbei.

In der nächsten, wiederum reaktiv ausgelösten Phase mischen sich Erregung, Enttäuschung, Aggression, Enthemmtheit und Fluchttendenzen bei manisch gesteigertem Antrieb. Während des stationären Aufenthaltes wird die zugrunde liegende resignative Depression deutlich.

Mit 23 Jahren vollzieht sich in einer manischen Phase die eigentliche Eskalation der bereits mit elf Jahren erstmalig angedeuteten Derealisationstendenzen.
Die innere Vorstellungswelt wird nun so überwertig, daß sie die Realität der Traumwelt schließlich mit einem Sprung aus dem Fenster "prüfen" will.

Nach dieser Krise fällt es M. noch lange schwer, sich von den inneren Bildern zu distanzieren. Sie schwankt zwischen Innen- und Außenwelt und erscheint der Umgebung als mangelhaft orientiert.

Insgesamt läßt sich die Neigung zur Derealisation wie zur Agitation im gesamten Krankheitsverlauf in fortschreitender Intensität verfolgen.

Immer wieder versucht die Patientin ihre Problematik zu bewältigen. Zusammen mit den Bemühungen der Klinik trägt dies sicher zur Besserung des Zustandes bei. Eine Stabilisierung für längere Zeit wird durch eine Lithiumtherapie erreicht.

(14) Manisch - depressiver Mischzustand im Rahmen einer manisch - depressiven Erkrankung, atypisch zirkuläre Psychose

S.A. 24.1.54, weiblich, Behandlungsbeginn 16 Jahre

Bis zu ihrem 13. Lebensjahr soll sich das Mädchen gesund entwickelt haben. Unmittelbar vor der ersten Mensis setzen seelische Verstimmungen ein, die nach wenigen Wochen wieder abklingen. Diese Verstimmungen wiederholen sich im darauffolgenden Jahr, die Regel bleibt vorübergehend aus. S. will nun nicht mehr zur Schule gehen, leidet an Schlafstörungen und aufregenden Träumen.

Wieder ein Jahr später, mit 15 Jahren äußert S.skrupulante Schuldvorstellungen wegen einer Onanie. Die Verstimmungen verschlimmern sich derart, daß sie sich mit 16 Jahren einer stationären Behandlung unterziehen muß. Dennoch gelingt ihr der Realschulabschluß.

S. findet einen Arbeitsplatz. Dort verschlechtert sich ihr Befinden nach kurzer Zeit. Einem gesteigerten Antrieb entsprechen sprunghafte Denkabläufe. Die Spannungen in der Beziehung zum Vater nehmen zu. Eine weitere stationäre Behandlung wird notwendig, nach deren Beendigung die Patientin weiterhin ängstlich, unruhig und verspannt bleibt. Nur 53 Tage später wird eine erneute vierwöchige stationäre Behandlung unumgänglich.

Nach Beruhigung des Zustandes versucht S. wieder zu arbeiten; doch bald machen innere Erregung und Verspannung einen erneuten stationären Aufenthalt erforderlich.

Berufswechsel und Behandlung finden nun in kurzer Folge statt,weitere stationäre Aufnahmen sind voraussehbar.

E p i k r i s e :

Bei der Schwere des Verlaufs ist es kaum denkbar, daß die kindliche Entwicklung bis zum Beginn der Erkrankung tatsächlich so "gesund" verlaufen ist, wie dies von den Angehörigen mitgeteilt wurde. Leider wird über die sozialen Bezüge kaum berichtet, die verschlechterte Beziehung zum Vater kommt nur einmal zur Sprache, die Mutter wird nicht erwähnt. Symptomatik wie Verlauf weisen auf die Endogenität des Geschehens, deren Ausmaß jedoch ebenso wenig beurteilt werden kann wie die Beteiligung belastender Momente der sozialen Situation.

Bemerkenswert ist das Auftreten erster Verstimmungen im Zusammenhang mit menstruellen Vorgängen. Hierauf wird von mehreren Autoren eingegangen (BÜRGER-PRINZ, WINZENRIED, REMSCHMIDT, WEITBRECHT, VILLINGER). Diese frühen Verstimmungen sind noch nicht als manifeste Psychosen zu verstehen. Sie stellen präpsychoti-

tische Verstimmungen dar, die aber mit jährlichen Wiederholungen eine endogen-phasische Komponente aufweisen. In ihrer Schwere nehmen sie kontinuierlich zu. Es ist schwer zu entscheiden, wann diese phasenhaften Erscheinungsbilder im vorliegenden Krankheitsverlauf erstmalig als manifeste Psychose gewertet werden können.
Die "aufregenden Träume" der 14-jährigen entsprechen der Neigung dieser Entwicklungsphase, lebhafte subjektive Anschauungsbilder zu produzieren (REMPLEIN). Sie geben ebenso einen Hinweis auf die Beteiligung manischer Momente im Krankheitsgeschehen und lassen eine rein depressive Hemmung anzweifeln.

Über skrupelhafte Vorstellungen und Schuldgefühle wegen Onanie, wie sie bei der Patientin mit 15 Jahren festgestellt werden, berichten für die Zeit der Pubertät mehrere Autoren (ZIEHEN, WEITBRECHT, STRUNK u.a.).

Im Verlauf der Pubertät stellen sich bei der beschriebenen Patientin vermehrt atypische, ins Manische führende Verstimmungszustände ein. Die Phasenabstände zwischen den Rezidiven werden kürzer und lassen eine kontinuierliche Persönlichkeitsentwicklung unmöglich werden. Die Arbeitsverhältnisse werden jeweils nach sehr kurzer Zeit abgebrochen.

Damit entspricht der Krankheitsverlauf den Beobachtungen von UMENHOF: sie beschrieb bei manisch-depressiven Krankheiten mit frühem Beginn -allerdings für die Zeit vor der heute allgemein üblichen Lithiumtherapie- als Endzustand einen ständigen Wechsel zwischen manischen und depressiven Bildern, so daß "der Kranke praktisch nicht mehr aus seiner Psychose herauskommt".

1.c Depressionen mit endogener Beteiligung bei Beziehungen zu Entwicklungskrisen

Im Alter von 10 bis 16 Jahren zeigt sich die Neigung zu einer gesteigerten Lebhaftigkeit von Phantasievorstellungen, deren Zuordnung zu Entwicklungskrisen bzw. endogenen Depressionen bei negativ - depressiven Inhalten oft erst nach einer Langzeitbeobachtung geleistet werden kann.

(15) Fragliche erste Phase einer endogenen Depression
R.T. 1.5.1961, männlich, Behandlungsbeginn 10 Jahre

Der primärpersönlich unauffällige, ja sogar heitere Knabe mit guter Begabung und guten Schulzeugnissen gerät mit 10 Jahren unmotiviert und akut in eine [illegible]ch-niedergedrückte Stimmung. In dieser wird

er besonders durch eine innere Stimme beunruhigt, die ihn auffordert, jemanden zu töten: den Vater, seinen jüngeren Bruder oder auch einen Klassenkameraden. Spontan wird mitgeteilt, daß diese Stimmenwahrnehmungen nicht erfolgen, wenn er durch Spiele abgelenkt ist. Die Gedanken und Wahrnehmungen werden als schuldhaft empfunden und der Mutter mitgeteilt. Da der Vater des Jungen unter schweren depressiven Phasen leidet und deshalb schon mehrfach die Arbeitsstelle wechseln mußte, war R. von Kindheit an "aus Vorsicht" von der Mutter zur Offenheit angehalten worden.

Schlaf und Appetit sind wenig gestört, hypochondrische Ängste treten nicht auf.

Im Anschluß an die depressive Phase folgt eine hypomanische Nachschwankung.

Die Nachbeobachtungszeit von sechs Jahren ergibt keine erneute depressive Phase.

E p i k r i s e :

Neben der schweren depressiven Erkrankung des Vaters gibt die hyperthyme Nachschwankung einen Hinweis für das Vorliegen einer ersten endogen-depressiven Phase. Diese deutet auf eine zyklische Depression hin (v.STOCKERT). SPIEL fand bei seinen 10- bis 14-jährigen depressiven Patienten ebenfalls mehrfach hypomanische Nachschwankungen. Bei diesen erfolgte die Entwicklung in eine Zykloidie, zum Teil wurden die Kinder nach hypomanischen Nachschwankungen wieder unauffällig.

Die Symptomatik spricht mit der starken Negativität der Vorstellungen, schuldhaften Gedanken und der Versündigungsthematik u.U. ebenso für eine endogen-depressive Genese der Erscheinungen.

Hinsichtlich der Inhalte und der Intensität der illusionären akustischen Wahrnehmungen ist allerdings die Neigung des Präpubertierenden zur Entwicklung lebhafter und anschaulicher Phantasievorstellungen zu bedenken. "Bei Jungen stehen heldenhafte und abenteuerliche Ideen, durchzogen von geschlechtlichen Wünschen bis hin zu sadistischen Inhalten im Vordergrund" (REMPLEIN).

Da sich die "sadistischen" Phantasien von R. lediglich auf männliche Personen seines Lebenskreises beziehen, ist ein entwicklungsbedingter sexueller Hintergrund anzunehmen. Möglicherweise handelt es sich um eine auf gleichgeschlechtliche Personen projizierte Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle, die vom Vater her negativ besetzt sein könnte, während die Beziehungen zum weiblichen Geschlecht - wie sich an der Offenheit der Mutter gegenüber zeigt - positiv erfahren werden. Auch eine erweitere ödipale Konstellation ist vorstellbar.

Die Phantasien zeigen nicht den unbedingten imperativen

Charakter einer Psychose. Der Überstieg in die Realität, der dem psychotischen Erleben abhanden gekommen ist, kann im Spiel immer wieder leicht vollzogen werden.
Die depressive Erkrankung dieses Jungen macht deutlich, wie sehr entwicklungsbedingte Reaktions- und Vorstellungsweisen und Depressivität ineinandergreifen können.

(16) Endogene hypochondrische Depression

R.B. 13.3.57, männlich, Behandlungsbeginn 13 Jahre

Bis fünf Wochen vor den ersten Krankheitszeichen entwickelt sich der besonders begabte Schüler völlig unauffällig.

Plötzlich vernimmt er in sich eine Stimme; gleichzeitig nehmen Leistungsfähigkeit ebenso wie Gedächtnis und Konzentrationsvermögen ab. Die Stimme befiehlt: "Besprühe den Großvater morgens mit Weihwasser, sonst wird er sterben und du bist schuld an seinem Tod". Er meint auch, der Onkel werde sterben, obwohl dieser schon gestorben ist. Später weist ihn die Stimme an: "Bete, bete, wenn du bis Weihnachten die Bibel nicht auswendig kannst, wird jemand sterben!" R. verläßt Spiel und Kameraden, um in die Kirche zu laufen. Der Pfarrer versucht ihn zu beruhigen und überzeugt ihn, das Gegenteil von dem zu tun, was die Stimme befiehlt.

Doch nun entstehen neue Ängste und hypochondrische Sorgen. Ständig quälen ihn Befürchtungen, daß das Genitale schrumpfe. Der Junge fängt an zu hüsteln, denn er meint, keinen Stimmbruch zu bekommen und statt dessen ein Mädchen zu werden. Visuelle Sinnestäuschungen finden nicht statt. Nur wenn die Eltern außer Haus gehen, befällt ihn eine innere Unruhe. Mindestens zweimal täglich ist er beim Pfarrer, der ihn geduldig aufzufangen versucht.

Die Stimmen stören ihn auch im Unterricht. Sie geben unsinnige Anweisungen wie das Essen fauler Birnen oder viel beten. R. ist nun so stark gestört, daß er auch der Messe nicht mehr wie früher folgen kann und selbst dann beeinträchtigt ist, wenn ihn die Stimme kaum belastet. Die hypochondrischen Ängste konzentrieren sich weiterhin auf den Vater: dieser müsse an Brustkrebs sterben, weil er rauche.

In der Folgezeit gerät er in einen Widerstreit zwischen der eigenen Meinung und der Stimme, und so schlägt die Stimmung von ängstlich-hypochondrischer Depression in eine gereizte Depression um. R. ist nun sehr selbstkritisch. Er äußert, er müsse selbst sehen, was stimme und was nicht. Die Störung lockert sich zwischendurch etwas auf.

E p i k r i s e :

Die Ablösung dieses Jungen aus der Kindheit und die damit verbundene Verunsicherung seiner kindlichen Integrität führen zu starken, als reale Gefahren erlebten und gesteigerten Ängsten. Sie beziehen sich zunächst ausschließlich auf den Verlust männlicher Bezugspersonen, die für sein Selbstbild, seine Entwicklung und Selbstfindung gerade in der Phase der Präpubertät notwendige Stützfunktionen haben und damit ein Teil seiner selbst geworden sind. Dieser Inhalt der Angst wird noch deutlicher, als dem Pfarrer gelingt, den Jungen gegen die "Stimme" einzustellen: er äußert Angst um den Verlust seiner Männlichkeit und fürchtet, ein Mädchen zu werden.

Weibliche Personen spielen in seinem Erleben keine tragende Rolle. Die Mutter des Jungen tritt in den Hintergrund. Auch gleichaltrige Kameraden haben gegenüber männlichen vorbildhaften Personen keine Bedeutung. Sie sind allenfalls global als "jemand werde sterben" in die Befürchtungen des Jungen einbezogen.

Von daher wird verständlich, wenn R. sich in seiner wahnhaft gesteigerten Verlustangst dem Pfarrer als der neuen idealen Vaterfigur zuwendet, dessen Autorität ihm schon allein von der Religiosität her begründet erscheint, sich von diesem leiten und sogar gegen seine "Stimme" beeinflussen und beruhigen läßt.

Die "Stimme" symbolisiert seine Ängste und bringt unbewußte Abwehrmechanismen zum Ausdruck, die offenbar vom Erlebnis einer magisch verstandenen Religiosität seiner Kindheit getragen sind. So versucht er die drohenden Verluste unbewußt wiederum durch magische religiöse Übungen abzuwenden.

Doch dient die Befolgung der unsinnigen Anweisungen der "Stimme" nicht nur der Vermeidung von Ängsten sondern der Befriedigung eines Sorgebedürfnisses um die ihm Nahestehenden, freilich auch, um in diesem "Sorgen" sich selbst als wichtig zu erfahren.

Am Krankheitsbild fällt auf, daß gleichzeitig mit den hypochondrischen Befürchtungen um die eigene Person objektiv kaum tatsächliche vegetative Beschwerden vorliegen. Allein seine geistige Leistungsfähigkeit ist durch die depressiven Ängste okkupiert und vermindert. Mit zunehmender Ausbildung der Selbstkritik und dem damit verbundenen Hin- und Hergeworfensein zwischen Realität und der als real erlebten "Stimme" schlägt die Stimmung von der ängstlich-hypochondrischen in eine gereizte Depression um.

Eindringlich zeigen alle Ängste und Vorstellungen des Jungen zwanghaften Charakter und übersteigen in ihrer Phantasiebearbeitung jedes normale Maß. Selbst wenn ihr psychologischer und entwicklungsbedingter Zusammenhang

ableitbar ist, erscheinen sie in psychotischer Intensität.
Die Neigung zu starken Phantasievorstellungen in der Präpubertät und Pubertät erklärt teilweise die Bildhaftigkeit und Lebhaftigkeit der Ängste des Jungen, jedoch nicht ihr wahnhaftes Ausmaß. In diesem wird eine endogene Unterlegung des Geschehens deutlich.

1.d Depressive Störungen im Alter von 10 bis 14 Jahren

Die folgenden, chronologisch vorgestellten depressiven Störungen können vorwiegend auf die Wirksamkeit reaktiver Momente zurückgeführt werden.

(17) Depressive Reaktion bei angeborener Nierenmißbildung
N.B. 14.6.1966, weiblich, Behandlungsbeginn 10 Jahre

Das Mädchen ist nicht frei von suizidalen Absichten.

(18) Schulversagen
S.C. 20.6.1958, männlich, Behandlungsbeginn 11 Jahre

Bei durchschnittlicher intellektueller Allgemeinbefähigung zeigt der Junge infolge einer Entwicklungsverzögerung auch Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. Er fühlt sich überfordert und reagiert mit einer deutlich depressiven Haltung.

(19) Depressionsneurose, Enkopresis
K.S. 20.1.1963, männlich, Behandlungsbeginn 12 Jahre

Der Junge hat sich normal entwickelt, zeigt jedoch bei guter Intelligenz eine partielle Retardierung einzelner Leistungsbereiche. Beim Zahlennachsprechen und Rechtschreiben unterlaufen ihm Umstellfehler. Er ist niedergeschlagener Stimmung. Mit zunehmenden Angstgefühlen infolge der Überforderung in der Schule geht eine Enkopresis einher.

(20) Depressive Verstimmung - Angstneurose
V.B. 5.7.1964, weiblich, Behandlungsbeginn 13 Jahre

Die Einweisungsdiagnose lautet "Retrovertiertheit". Das Mädchen betet nach dem Tod des Vaters stundenlang ohne Zeitgefühl. Angst quält es vor jedem neuen Tag.

(21) Zustand nach Suizidversuch in depressivem Versagens-

zustand

W.C. 20.6.1963, weiblich, Behandlungsbeginn 13 Jahre

Das Mädchen gilt schon immer als schreckhaft, still und zurückgezogen. Sie besucht "nur" die Realschule und ist deshalb eifersüchtig auf die ältere, erfolgreiche Schwester. In einem depressiven Versagenszustand unternimmt sie mit Tabletten einen Suizidversuch.

(22)Depression, Selbstmordversuch mit Tabletten

S.S. 20.11.1961, weiblich, Behandlungsbeginn 13 Jahre

Die Mutter ist depressiv, die Schwester gereizt. Vermutlich liegen endogene Zuflüsse vor. Die Patientin schläft schlecht und kann unvermeidbare Konflikte mit den Angehörigen und andere Schwierigkeiten nicht mehr bewältigen.

Bei diesen Patienten wird schon ab 10 Jahren deutlich depressiv auf eine schwierige Situation reagiert. Nierenmißbildung, Schul- und Leistungsüberforderung, Tod des Vaters, Trennung, lösen eine depressive Verstimmung aus. Dabei treffen psychosomatisch vegetative Störungen von Cephalgie bis Enkopresis mit mentalen Symptomen zusammen wie niedergeschlagene Stimmung, Angstzustände, Eifersuchtsreaktionen oder suizidale Gedanken und Versuche.

2. Diskussion der Befunde in der Präpubertät

In der vorliegenden Kasuistik tritt die früheste endogen - psychotische Depression bei einem Jungen im Alter von 11 1/2 Jahren auf, Pat.(11). Weitere endogen - depressive Erkrankungen folgen um das 14. Lebensjahr. Nun sind allein Mädchen betroffen, Pat.(12),(14). Bezieht man die fraglich endogen - depressiven Phasen von Pat.(13),(15),(16) in die Betrachtungen mit ein, so wird das Überwiegen der Jungen bei den frühen Erkrankungen, Pat.(11),(15) gegenüber dem späteren Anstieg der endogenen Depressionen bei Mädchen ab dem 13. Lebensjahr, Pat.(12),(13),(14) deutlich. Schon hier zeichnet sich die in der Literatur beschriebene größere Erkrankungshäufigkeit des weiblichen Geschlechts ab (KRAEPELIN, PLEULER, MATUSSEK u.a.) Auch das Vorkommen früher Erkrankungen vor allem bei Jungen wird mitgeteilt

(UMENHOF, NISSEN, SPIEL, v.BAEYER).

Depressive Verstimmungszustände treten häufiger als endogene Erkrankungen auf. Sie zeigen im Gegensatz zu den endogenen Depressionen ein gleichmäßiges Vorkommen bei Jungen und Mädchen kontinuierlich über die ganze Phase hin an.

> Die Zunahme sowohl der endogenen wie der reaktiven Depressionen in der Präpubertät steht mit der tiefgreifenden Umgestaltung des Gefühlslebens in Zusammenhang. Die körperlichen Umbruchsprozesse und die erste bewußte Konfrontation mit der sich entwickelnden Geschlechtlichkeit führen zu einer tiefen Unsicherheit und Labilität des Selbstwertgefühls, das sich in einer oftmals großen Empfindlichkeit, Verletzbarkeit und Irritierbarkeit des Jugendlichen bekundet.
> Entsprechend den geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen neigen Jungen zu einer asthenisch - aufbegehrenden Haltung einer "zweiten Trotzphase"(REMPLEIN), während Mädchen vorwiegend mit Erregung, Labilität, Unlustgestimmtheit reagieren. Diese "negative Phase" (Ch.BÜHLER) der Mädchen dauere ein halbes bis ein ganzes Jahr, erstrecke sich mit großer Häufigkeit von 12 - 13 Jahren und gehe der Pubertät unmittelbar voraus (Ch.BÜHLER, REMPLEIN).

Weder für die endogenen noch für die reaktiven Depressionen findet sich oft ein ausreichender Anlaß. Vielmehr imponiert ein akuter Beginn, der umso unbegreiflicher erscheint als die bisherige Entwicklung der Primärpersönlichkeit unauffällig verlaufen war.

> In der Präpubertät treten solche abrupten Stimmungsumschwünge durch die vermehrte Labilität und die gesteigerte Emotionalität bereits physiologischerweise auf. "Aus dem lebensbejahenden, aufgeschlossenen Kinde von gestern wird über Nacht ein starken Stimmungen unterworfenes, unruhiges, weinerliches und unfrohes Mädchen" (HETZER).

Auf dem Hintergrund der aufbrechenden Gefühlswelt und des in Frage gestellten seelischen Gleichgewichts genügen schon geringe Belastungen, um eine depressive Verstimmung auszulösen. Konnten psychische Beeinträchtigungen einer Retardierung, einer Teilleistungsschwäche wie bei Pat.(18),(19) oder andere lange vorliegende Belastungen wie bei Pat.(17), (21),(22) in der Kindheit noch kompensiert werden, so ist

die Belastungsgrenze durch präpubertäre Umstellungsvorgänge körperlicher und seelischer Art herabgesetzt. Meist treffen mehrere Komponenten zur Manifestation einer depressiven Verstimmung zusammen wie Disposition, induktive Belastung und weitere reaktive Momente.

Auch bei endogenen Depressionen liegt in der Hälfte der Fälle bereits prämorbid eine "Gehemmtheit" vor, die zu depressiven Entgleisungen disponiert, sich in der Erkrankung fortsetzt und die Richtung der symptomatologischen Färbung bestimmt: Gewissenhaftigkeit steigert sich zur Zwangshaftigkeit, Pat.(11), Eifersuchtsproblematik führt zu einer depressiven Haltung mit paranoischer Unterlegung, Pat.(12). Nur einmal ist primär von einer Heiterkeit der prämorbiden Persönlichkeit berichtet, Pat.(15).

In der Präpubertät äußert sich die depressive Symptomatologie zunächst noch mit ähnlichen Erscheinungen wie in der Kindheit. Unspezifische Verhaltensstörungen wie Schulversagen, Konzentrations- und Leistungsschwäche, Interesselosigkeit u.a. geben zu Mißerfolgen Anlaß und verstarken damit die depressive Stimmung. Durch eine Außenseiterposition entstehen Kontaktschwierigkeiten, die die depressive Stimmung in besonderer Weise vertiefen können, Pat.(12), (18),(19),(20),(21),(22).

Die Depression spiegelt sich weiterhin auch in vegetativen Befindensstörungen wie Appetit- und Schlafstörungen, Pat.(11),(12),(22), Enuresis und Enkopresis,Pat.(19). Diese somatischen Beeinträchtigungen gehen bei Pat.(11) in fortgeschrittenem Krankheitszustand mit ausgeprägtem morgendlichem Tief einher und weisen damit ebenso wie die perimenstruellen Verstimmungszustände von Pat.(14) bereits auf die beginnende Pubertät.

Eine deutliche depressive Haltung und Stimmung tritt in der Präpubertät zunehmend in Erscheinung. Sie ist vor allem bei den reaktiven depressiven Syndromen zu finden,bei Pat.(17),(18),(20),(21),(22),steigert sich bei Mädchen bereits im 11. Lebensjahr,Pat.(17) sowie im 14.Lebensjahr bei

Pat.(21),(22) bis zu suizidalen Absichten.

Keine der endogenen oder fraglich endogenen Depressionen dieser Kasuistik weist in dieser Entwicklungsphase das klassische Bild einer ausschließlich unipolar gehemmten Depression auf.

Am deutlichsten zeigt sich eine unipolare endogene Symptomatik nach einer Phase von Zwangshandlungen bei Pat.(11).
Alle endogenen Erkrankungen der Mädchen weisen Agitationstendenzen auf und entwickeln sich zum Teil nach mehreren depressiven Phasen zu manisch-depressiven Verläufen, Pat. (12),(13),(14).

Nach HOMBURGER, STUTTE, v.STOCKERT u.a. kommen Anankasmen vielfach in den ersten Phasen vor und sprechen für eine endogene Depression, wenn sie sich wie bei Pat. (11) zurückbilden, während bei ihrer Zunahme die Entwicklung eines schizophrenen Prozesses vorliegen kann. Zwangsphänomene treten in der Präpubertät häufiger als in der Kindheit auf. In der vorliegenden Kasuistik werden sie nur bei Jungen beobachtet.

Bei den endogenen Erkrankungen kann die Depressivität in diesem Alter der Phantasiehaftigkeit und der emotionalen Übersteigerungen in extremen Erlebnisweisen als melancholische Trugwahrnehmung und negative illusionäre Vorstellung zum Ausdruck kommen.

Bei Pat.(16) beziehen sich akustische Trugwahrnehmungen einer "Stimme" auf Verlustängste um männliche Bezugspersonen und die eigene Männlichkeit, bei Pat.(15) veranschaulicht die "Stimme" Tötungsimpulse gegen männliche Personen. Sie lassen einen Zusammenhang zu Entwicklungsproblemen vor allem um die Reifungsvorgänge der Geschlechtlichkeit erkennen.
Das erste stärkere Erleben der Geschlechtlichkeit löst besonders bei Jungen eine mindestens ebenso starke Erschütterung, Betroffenheit ja "Psychosenähe" (BIERMANN) aus wie die nachfolgende Pubertät.

Je heftiger die Konflikte mit der Realität bzw. mit den Entwicklungsprozessen sind und je weniger das Kind sie bewältigen kann, umso mehr wird es von Phantasiebildern überwältigt.

Nach STUTTE sind insbesondere illusionäre Verkennungen möglich. "Das Kirchengeläute wird zu einer Totenglocke".

ZIEHEN beobachtete Halluzinationen beängstigenden Inhalts wie böse Männer, Grimassen, Teufel, schwarze Tiere und schwarze Gesichter und andere schreckhafte Visionen,die der magischen Vorstellungswelt verwandt sind.

Depressive Phasen, die durch phantasiehafte Vorstellungen bestimmt sind, treten abrupt ein und zeigen durch die Wiederholung der Erscheinungen zwanghaften Charakter. Es besteht ein auffallender Gegensatz zwischen der schweren psychischen Beeinträchtigung und der fast ungestörten vegetativen Befindlichkeit bei phantasiegeprägten Depressionen dieser Altersstufe, Pat.(13),(15),(16). Depressive Phantasien erscheinen nach TRAMER - ähnlich wie die anankastischen Symptome - vor allem in den ersten Phasen der Depression, nach SEITZ finden sie sich aber auch in späteren Krankheitszeiten. Pat.(13) zeigt sowohl im Beginn wie auch später halluzinatorische Erscheinungen.

Die Phantasievorstellungen sind zu weiten Teilen von multiplen Ängsten erfüllt und demonstrieren so den Zusammenhang zwischen Depressivität und Angstentwicklung, die durch die Neigung der Präpubertät zu Angst und unbestimmter Ängstlichkeit verstärkt werden. Die Ängste zeigen häufig das Vorliegen von Unsicherheit und Ichsschwäche auf. Die vielfachen Verlustängste von Pat.(16) verbinden sich mit einer "zentralen Schuldangst" (WEITBRECHT).

Schuldangst kann als Zeichen der Endogenität gelten (WEITBRECHT). Sie erhält jedoch auch reaktive Zuflüsse wie bei Pat.(11). Im Kindesalter existiert Schuldangst bei einer Vielzahl von Verhaltensstörungen auch bei normalen Kindern (ZEH).

Hypochondrische Befürchtungen bestehen in der Angst vor dem Verlust der Männlichkeit, Pat.(16). Die Ängste von Pat.(12) erweisen sich als paranoisch unterlegt. Sie lassen eine vermeintliche Benachteiligung der Schwester gegenüber oder drohende Mißerfolgserlebnisse in der Schule nicht mehr ertragen.

Bei den reaktiven Depressionen sind die Ängste in stärkerem Maße auf Versagenserlebnisse und Leistungsanforderun-

gen in Schule oder Familie gerichtet, Pat.(18),(19),(21), (22). Zukunftsangst kommt als Angst vor dem nächsten Tage vor, Pat.(20). Verarmungsbefürchtungen sind weder bei den reaktiven noch bei den endogenen Depressionen anzutreffen.

Pat.(11),(16),(20) versuchen, Ängste und Schuldgefühle mit Hilfe religiöser Übungen zu kompensieren.

Die Beobachtungen dieser Kasuistik zeigen bereits in der Präpubertät sowohl geschlechtsabhängige Unterschiede als auch Unterschiede zwischen den reaktiven und endogenen Depressionsformen.
Reaktive depressive Syndrome weisen eine deutlichere depressive Verstimmung, depressiven Rückzug und Suizidalität auf als phasisch - depressive Erkrankungen, insbesondere bei Mädchen, Pat.(17),(18),(21),(22).
Endogen - depressive Erkrankungen bei den Mädchen, Pat. (12),(13),(14) setzen sich mit unbestimmten Erregungszuständen und Verstimmungstendenzen in die Adoleszenz fort. Sie bilden dort ihre volle Bipolarität aus.
Depressionen bei Jungen zeigen teilweise ausagierende Verhaltensweisen wie Enkopresis und Zwangshandlungen. Phantasien und zwanghaft sich wiederholende Ängste mit geschlechts- und entwicklungsbezogenen Inhalten erscheinen häufiger, Pat.(15),(16).

In der Phase der Präpubertät vollzieht sich der Übergang von der Kindheit zur Pubertät. Psychosomatische Störungen und Verhaltensweisen wie Enkopresis, Pat.(19) und Weinerlichkeit, Pat.(12), die der Kindheit zugeschrieben werden können, liegen ebenso vor wie eine der Pubertät zugeschriebene Symptomatologie mit der Betonung eines traurigen Affektes und Lebensabwendung, mit kurzschlüssigen suizidalen Absichten, die schon bei geringen Schwierigkeiten das Dasein als gescheitert empfinden lassen. Mit der aufbrechenden Emotionalität und ihrer Beziehung zu Phantasiehaftigkeit und Angst sowie mit anankastischen Tendenzen tragen die Depressionen der Präpubertät eigene Züge.

IV. Pubertät vom 15. bis zum 19. Lebensjahr

1.a Unipolare endogene Depressionen

In der Pubertät nähern sich die zuvor mit kindlichen oder präpubertären Depressionsmustern ausgestalteten depressiven Erkrankungen zunehmend den Erscheinungsformen endogener Depressionen des Erwachsenenalters an. Gehemmt - endogene Depressionsbilder sind bereits im 15. Lebensjahr häufiger zu beobachten.

(23) Gehemmte endogene Depression
H.A. - 1955 weiblich, Behandlungsbeginn 14 Jahre

Primär ist die Patientin fröhlich und lebenslustig. Mit 14 Jahren wird sie zunehmend lustlos und leidet an gedrückter Stimmung. Gelegentlich stellen sich Angstgefühle verbunden mit Schwindel und Mikropsie ein. Sie müsse viel über das Sterben nachdenken, häufig unvermittelt weinen und bringe für nichts mehr richtiges Interesse auf, bleibe nur noch zu Hause und sei des Lebens überdrüssig. Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie Obstipation sind die vegetativen Störungen.

(24) Depressive Verstimmung im Rahmen einer phasisch - endogenen Depression, Phasen: 14 / 20 Jahre
U.E. - 21.4.50 männlich, Behandlungsbeginn 20 Jahre

Die Mutter leidet seit dem Beginn des Wechsels an depressiven Schwankungen; ein gemütskranker Bruder soll sich während des Krieges das Leben genommen haben.

Der Patient selbst - er war ein Blutaustauschkind - ist sensibel bis zur Empfindlichkeit gesteigert. Er wird als kontaktarm, dabei gewissenhaft und ehrgeizig geschildert. Er stottert.
Seit dem 15. Lebensjahr ereignen sich ausgeprägte Stimmungsschwankungen. Die Kontaktarmut verstärkt sich, er zeigt Lebensangst und die vegetativen Erscheinungen von Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Schwächezuständen.

Mit 20 Jahren wiederholt sich ein derartiger Zustand mit zusätzlichen Tagesschwankungen. U. ist ohne Grund hoffnungslos, gehemmt, ratlos und verzweifelt und hegt Selbstmordgedanken.

E p i k r i s e :

Beide Patienten durchlaufen im 15. Lebensjahr einen Zustand ängstlich - depressiver Verzagtheit und resignativ zurückgezogener Haltung, die jeweils von ent-

sprechenden vegetativen Beeinträchtigungen begleitet sind.
Dabei läßt das Depressionsbild von Pat.(23) mit der Mikropsie noch Anklänge an die präpubertären Phantasiebilder erkennen, in denen unbewältigte Konflikte oder Entwicklungsvorgänge "veranschaulicht" werden. In der Mikropsie projiziert die Patientin ihre eigene Kleinheit,ihr eigenes schwaches Selbstbild und Selbstgefühl auf die Umgebung.
Pat.(24) zeigt mit gesteigerter Empfindsamkeit und Kontaktarmut bereits prämorbid subdepressive Züge.Diese Rückzugstendenzen verstärken sich in der depressiven Phase mit 14 Jahren zu Lebensangst und Schwächezuständen. Mit 20 Jahren steigert sich das Geschehen bis zur ratlosen Verzweiflung mit Suizidgedanken.

Bei beiden Patienten besteht eine ängstlich-gehemmte Depression, wie sie häufig in dieser Altersstufe zu finden ist.

(25) Phasisch - endogene Depression, Phasen:14/15/20 Jahre

R.N. - 14.2.55, männlich, Behandlungsbeginn 14 Jahre

Eine erste Phase ereignet sich zu Ostern: der 14-jährige klagt über Kraftlosigkeit, Schmerzen in den Beinen, Angstvorstellungen aus dem Schlaf nicht mehr zu erwachen, Inappetenz. Außerdem beeinträchtigt ihn das Gefühl des Nichtkönnens und Nichtbegreifens. Tatsächlich läßt sich ein erschwertes Auffassungsvermögen, herabgesetzte Merkfähigkeit und eine Leistungsschwäche feststellen.
Ein Jahr später tritt nach einer Grippeerkrankung eine zweite Phase ein: der Appetit steigt, dabei sind Schlaf gestört und Stimmung getrübt, die Äußerungsbereitschaft gering. Suizidale Tendenzen bestehen nicht.

Nach vier Jahren beschwerdefreien Intervalls mit Abschluß einer Lehre, Tanzkurs und Führerscheinerwerb wiederholt sich eine relativ schwere neue Phase. Das Erscheinungsbild gleicht den früheren Zuständen, die Mitteilungs- und Äußerungsfähigkeit ist noch mehr eingeschränkt.

E p i k r i s e :

Am Anfang der depressiven Störung mit 14 Jahren steht eine hypochondrische Symptomatik mit Leidensgefühlen und Beeinträchtigungen der Leistungs- und Merkfähigkeit. Da sich die Aufmerksamkeit des Pubertierenden in besonderer Weise auf seine Körperlichkeit richtet, liegt die Affinität zur hypochondrischen Symptomatologie nahe. Eine Infektionskrankheit verursacht eine Schwächung des Allgemeinbefindens und löst eine neue Phase aus. Der gesteigerte Appetit kann als Ausdruck der hypochondrischen Besorgnis gelten,suizidale Tendenzen wären bei der Zentriertheit auf die physische Existenz des Patienten ein Widerspruch.

Die zeitliche Abgrenzung des Intervalls könnte auf einen endogenen Rhythmus hinweisen.

Die Pubertät mit ihren Umwandlungsprozessen, mit den Erfolgen im Intervall übte auf die Konstanz des Erscheinungsbildes keinen grundsätzlich verändernden Einfluß aus. Die letzte Phase mit 20 Jahren wiederholt in schwerer Form die Hypochondrie der ersten beiden Phasen.

(26) Endogene Depression - Phasen: 15/20/22/23 Jahre

S.P. - 4.1.53, männlich, Behandlungsbeginn: 22 Jahre

Seit dem 16. Lebensjahr muß sich der Patient etwa alle acht Tage mit einer "Grippe" zu Bett legen. Er sei schlapp, schwerfällig, lustlos, leide an übermäßiger Schweißbildung und Bückschwindel, verspüre öfter Engegefühle auf der Brust und am Hals wie auch Stiche im linken unteren Brustbereich.
Im 21. Lebensjahr treten Suizidideen auf. Vier Jahre zuvor hatte sein Bruder Suizid begangen.
Mit 22 Jahren ist S. im Sommer acht Wochen depressiv: er habe morgens ein Schweregefühl mit "Stumpfsinnigkeit", bei kleinsten Anlässen beginne sein Herz zu rasen und er schwitze übermäßig.
Ein Jahr später werden Tendenzen einer zu hohen Anspruchshaltung an die Umgebung deutlich. Er selbst läßt sich "durchhängen", "reißt sich nicht zusammen".

Die abschließende Diagnose konstatiert eine Beteiligung einer depressiven psychopathischen Entwicklung mit phasenartigen Vertiefungen im endogenen Geschehen.

E p i k r i s e :

In der ausgedehnten Vitalisierung der depressiven Antriebsschwäche vor allem mit Schlappheit, Schweißausbrüchen und Herzsensationen und mit der geminderten organischen Widerstandsfähigkeit erscheint eine starke hypochondrische Komponente.

Der Verlauf ist protrahiert und dürfte damit den von WINZENRIED geschilderten Krankheitsverläufen entsprechen, bei denen "für das 13. bis 18. Lebensjahr ... die praktisch wichtigsten Formen der periodisch verlaufenden körperlichen Befindensstörungen, die Migräne und die Schilddrüsenstörungen" waren.
WINZENRIED betrachtet häufige Infektionskrankheiten nur dann als Ausdruck endogener, periodisch-vitaler Beeinträchtigungen, wenn eine allgemeine Vitalitätsminderung vorhanden ist. Diese liegt bei S. vor.

Suizidgedanken treten im 20. Lebensjahr auf. Eine pubertäre Problematik und der Suizid des Bruders spielen sicher eine induzierende Rolle.
Labilität und Unzufriedenheit sowie mangelnde Selbstkontrolle und Mithilfe zur Besserung des Zustandes

verstärken die depressive Störung. Die Grenze der Belastbarkeit ist deutlich herabgesetzt. Ein weiterer Hinweis auf eine Endogenität ist in der morgendlichen Vertiefung in der Phase des 22-Jährigen gegeben.

(27) Phasische endogene Depression - Phasen 15/17/23/24 27/29 Jahre

O.F. - 21.6.42 männlich, Behandlungsbeginn 15 Jahre

Bereits mit 15 Jahren findet eine typische, schwere, wahnhafte Phase einer endogenen Depression statt, die zu einer stationären Aufnahme führt. O. glaubt, er sei schlecht und es werde Böses von ihm erzählt.

Eine zweite Phase mit gedrückter Stimmung und Schlafstörungen ereignet sich zwei Jahre später.

Am Anfang der dritten Phase, mit 23 Jahren, zeigen sich zuerst vegetative Beschwerden wie Aufstoßen, Erbrechen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, wobei eine gedrückte Stimmungslage besteht. Seine Haltung ist gehemmt und starr.

Die vierte Phase ereignet sich ein Jahr später. O.ist unfähig auch nur einfachste Arbeiten zu verrichten.

In der fünften Phase nach weiteren zwei Jahren leidet der Patient wiederum an Schlaf- und Appetitstörungen mit verstärkter Antriebslosigkeit und Interessensverlust. O. ist depressiv wortkarg, aber nicht stuporös, Versündigungs- und Verarmungsgedanken bestehen nicht, auch keine Halluzinationen.

E p i k r i s e :

Der Krankheitsbericht zeigt, daß ein mehrphasiger und langdauernder Verlauf einer Depression bereits mit 15 Jahren in der Pubertät einsetzen kann. Auf diesen protrahierten Verlauf weist möglicherweise schon der wahnhafte Beginn hin. In den folgenden Phasen sind jedoch keine Halluzinationen mehr vorhanden, die Depression erscheint mit einfachen, nicht durch atypische Merkmale verzeichneten Bilder. Dies könnte durch die einfache Primärstruktur des Patienten mitbedingt sein, die nicht so sehr eine gedankliche Auseinandersetzung erkennen läßt als vielmehr eine starke Beteiligung des Vegetativen.

(28) Endogene Depression - Phasen: 16 1/2 / 18 Jahre

G.G. 3.4.52 - männlich, Behandlungsbeginn 16 1/2 Jahre

Es besteht eine massive, beiderseitige familiäre Belastung: die Mutter wurde als 20-Jährige wegen einer Depression sechs Wochen stationär behandelt. Sie erkrankte erneut fünf und sechs Jahre später sowie nun mit der Erkrankung ihres Sohnes. In ihre Selbstmord-

gedanken bezog sie Mann und Sohn mit ein. Da sie früh verwaiste, ist nichts über ihre Familie bekannt. Der Urgroßvater väterlicherseits stand ab 57 Jahren in psychiatrischer Behandlung, sein Sohn verübte mit 61 Jahren Suizid.
Bei dieser erblichen Belastung erfolgte der Krankheitsausbruch von G. relativ spät mit 16 1/2 Jahren. Die ersten Auffälligkeiten, die eine stationäre Einweisung zur Folge hatten, waren hauptsächlich durch Schlaflosigkeit und Weinen gekennzeichnet.

Zwei Jahre später kann er sich nicht mehr konzentrieren, obwohl er ein guter Schüler ist. Er philosophiert viel über den Sinn des Lebens, zeigt Schlaf- und Appetitstörungen.
Nach einer vorübergehenden Besserung erfolgt eine erneute Vorstellung: er reagiert verlangsamt, errötet dauernd, seine Gedanken sind teilweise inkohärent. Er verwendet unpassende Ausdrücke und verwechselt sie.

E p i k r i s e :

Die starke familiäre Belastung ist unzweifelhaft. Sie führt schon bei den ersten Beeinträchtigungszuständen, obwohl diese noch geringere, mehr uncharakteristische psychosomatische Merkmale aufweisen, sehr rasch zur stationären Aufnahme. Zwei Jahre später können phasische Störungen, die dem Erscheinungsbild in der Pubertät entsprechen, beobachtet werden. Konzentrationsstörungen und Denkhemmungen treten hinzu. Sie setzen sich in der nächsten Phase vermehrt in gedanklichen Störungen, wie sie dem Erwachsenenalter entsprechen, fort.

(29) Agitierte Depression - Phasen 15/20/22 Jahre

W.M. - 22.5.55, männlich, Behandlungsbeginn 15 Jahre

Beide Großeltern und ein Bruder leiden an asthmatischen Beschwerden.

Der Patient entwickelt sich unauffällig, er ist gewissenhaft, zuverlässig, kontakt- und anpassungsfähig und bereitet in der Erziehung keinerlei Schwierigkeiten.

Mit 15 Jahren wird er kurzzeitig wegen Nervosität und dysphorischer Verstimmung behandelt.
Mit 20 Jahren wird er in der Ambulanz erneut vorstellig und klagt über zunehmende Nervosität und ins Hypochondrische gehende Ängste. Er meint in der beruflichen Leistung nicht zu genügen, gehemmt zu sein und nicht richtig aus sich herausgehen zu können.

Nach weiteren 1 1/2 Jahren kommen Grübelsucht, Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühle vermehrt hinzu. Ratlosigkeit und Getriebenheit wechseln nun rasch mit tiefer Schwermut und gereizter Verzweiflung. Auch pa-

ranoische Zustände werden beobachtet. W. ist äußerst sprunghaft, wirkt gehetzt, depressiv, gereizt dysphorisch und dabei hilflos. Er versucht seine Insuffizienzgefühle zu kaschieren. Eine erhebliche vegetative Stigmatisation, vor allem Appetit- und Schlafstörungen begleiten das Geschehen.

E p i k r i s e :

Die vorliegende Depression weist mit agitativen Elementen ein atypisches Bild auf wie es für die Pubertät vielfach beschrieben ist. Es zeigt Beziehungen zu den manisch-depressiven Erkrankungen, bildet jedoch im Laufe der Zeit eine depressive Erscheinungsform aus.
Die ersten Auffälligkeiten stellen Vorfeldereignisse, jedoch keine manifesten Phasen der späteren depressiven Erkrankung dar. Doch schon hier bestehen mit Nervosität und Dysphorie als Ausdruck innerer Spannung und Agitation Dispositionen zu dem depressiv-agitierten Zustandsbild am Ende der Pubertät.

Der Patient erlebt dann Defizienz- und Insuffizienzgefühle, die seinem hohen Anspruchsniveau in Bezug auf Zuverlässigkeit und Verantwortlichkeit entsprechen. Sie verbinden sich so unglücklich mit einer pubertären Minderwertigkeitsthematik, daß daraus mit 22 Jahren hypochondrische und paranoische Vorstellungen fast zwanghaften Charakters erwachsen.

Das Krankheitsbild steigert sich nach einer relativ langen ruhigen Zeit vom 16. bis zum 21. Lebensjahr in Intensität und Ausweitung der Symptomatik crescendoartig: Elemente der Agitation - so die Sprunghaftigkeit, Gehetztheit, Getriebenheit - bestimmen zunehmend das Geschehen. Die depressive Grundstimmung bleibt jedoch dominierend und manische Stimmungselemente treten nicht auf. Grübelsucht, tiefe Schwermut und Insuffizienzgefühle führen zu Verzweiflung und gesteigerter Angst.
Es resultiert ein depressiver Mischaffekt von innerer Ratlosigkeit bis zur gereizten Dysphorie verbunden mit rasch schwankenden Befindensstörungen. Damit entspricht das Erscheinungsbild dem von KRAEPELIN geschilderten Mischzustand einer "depressiven Erregung".

1.b <u>Manisch - depressive Erkrankungen in der Pubertät</u>

(30) Manisch - depressive Krankheit - periodisch depressive Verstimmung - Phasen: 14/20/21/22 Jahre

Z.P. 13.5.52 - weiblich, Behandlungsbeginn 20 Jahre

Eine erste depressive Verstimmung mit Angst und Arbeitsunlust vollzieht sich für die Dauer von fast einem Jahr im 15. Lebensjahr. Das Mädchen ist nervös und nimmt Beruhigungsmittel.

Mit 20 Jahren findet eine vorwiegend gehemmte depressive Phase statt. Die Patientin zieht sich in die Wohnung und von allen Freunden zurück, hat keine Lust zum Lernen. Gelegentlich überfallen sie Angstzustände, und sie fühlt sich von fremden Personen beobachtet.

Im 21. Lebensjahr erlebt sie eine manische Phase mit einer depressiven Nachschwankung; sie grübelt viel über die gelöste Verlobung, hat Schlaf- und Appetitstörungen und leidet zudem unter starkem Antriebsverlust. Mit einem Selbstmordversuch möchte sie den Beeinträchtigungsgefühlen und der Enttäuschung entkommen. Auch jetzt, im Rahmen der depressiven Nachschwankung,fühlt sie sich beobachtet.

E p i k r i s e :

Bereits die erste Phase, die wegen ihres protrahierten Verlaufs auch als Verstimmungszustand klassifiziert werden kann, zeigt Angst und Nervosität. Es besteht kein ausgesprochen depressiver Affekt, keine reine Hemmung, lediglich eine depressive Antriebsschwäche.
Vom 14. bis zum 20. Lebensjahr ergibt sich ein relativ langes Intervall. In der nächsten Phase setzt sich die Ängstlichkeit in eine teilweise paranoische Angst um. Da Angst und eine paranoische Symptomatik auftreten, kann man wiederum nicht von einer ausgesprochen depressiven Phase sprechen. Wie zuvor bilden Rückzug und Antriebsschwäche das depressive Element im Krankheitsgeschehen, wobei der Rückzug auf dem Hintergrund eines Kausalitätsbedürfnisses mit paranoischen Erlebnissen begründet wird.

Erst im dritten Anlauf kommt die manische Komponente voll zur Geltung, eine Verlobung wird eingegangen. Sie wird allerdings von einer nachfolgenden depressiven Schwankung mit erneuten paranoischen Vorstellungen und Ängsten abgelöst. Mit Grübelsucht und vegetativen Störungen steigern sich diese nun so sehr, daß sogar ein Selbstmordversuch unternommen wird.

Insgesamt lassen sich deutliche periodische Phasen mit wechselhaftem Antriebsverhalten und Angstniveau unterscheiden. Die manische Phase brachte nur eine kurze Aufhellung in dem durch Angst und depressivem Rückzug bestimmten Verlauf.

(31) Manisch - depressive Erkrankung mit paranoischer Unterlegung - Phasen: 15/16 Jahre

F.M. - 1958 - weiblich, Behandlungsbeginn 15 Jahre

In der Familienanamnese liegt nichts Auffälliges vor. Die 15-Jährige gerät im Frühjahr plötzlich in einen depressiven Verstimmungszustand, die Leistung in der Schule läßt nach; sie wird immer unruhiger und bricht

den Kontakt zu den Freundinnen zunehmend ab. Schulangst und paranoische Ideen stellen sich ein, sie glaubt z.B., die Leute im Bus würden über sie sprechen.
Im April des darauffolgenden Jahres ist sie plötzlich sehr erregt, hört Leute ums Haus schleichen und fürchtet, vergiftet und ermordet zu werden.
Bei der stationären Aufnahme spricht sie nur flüsternd und ist sehr unruhig.

E p i k r i s e :

Zwei Phasen nahezu identischer Gestaltung liegen vor, beide beginnen im Frühjahr. Das Intervall beträgt ein Jahr. Angstsymptomatik, paranoische Befürchtungen und Kontaktabbruch bestimmen den Inhalt der Phasen.

Zunächst richtet sich die Angst auf die Schule, sodann aber schon relativ unbestimmt auf Freundinnen oder Leute im Bus. Sie sondert sich ab.

In der zweiten Phase nehmen die Bedrohungen und die Angst ausgeprägtere Formen an. Das Geschehen ist auf sie zentriert und droht ihre Existenz auszulöschen.

Die gesamte Erkrankung wird von Agitationstendenzen als Äquivalente des manischen Elementes durchzogen, depressiv herabgestimmte Befürchtungen bestimmen die paranoischen Ängste.

(32) Manisch - depressive Krankheit

Phasen: 15/17/18/19/20 Jahre

L.W. - 12.7.58 männlich, Behandlungsbeginn 15 Jahre

Der Vater ist gutmütig und weich, die Mutter widersprüchlich hart und starrsinnig, die Schwester zeigt eine übertriebene Frömmigkeit. Eine Tante väterlicherseits steht wegen einer anankastisch gefärbten Involutionsdepression in Behandlung, ein Großonkel ist an einer Nervenkrankheit verstorben, eine Großtante mütterlicherseits sei auffällig.

Bis zu seinem 15. Lebensjahr gilt der Patient als vielseitig interessiert, besonders begabt, kontaktfreudig und lebensfroh, dabei jedoch sensibel und unsicher.
Im Dezember setzt bei dem 15-Jährigen eine erste Phase ein: er wirkt bedrückt und verstört, habe Schwierigkeiten beim Denken, sei interesse- und appetitlos. Nach einem Sportunfall redet er sich einen Meniskusschaden ein. Beim Klavierspiel reibt er sich die Hände und wirkt komisch. Eine Behandlung bringt nur unbefriedigenden Erfolg.

Mit 17 Jahren findet eine Zeit gesteigerten Antriebs mit gleichzeitiger Kritiklosigkeit statt. Nach wenigen Wochen geht diese wieder in eine tiefdepressive

Phase mit Denkhemmung und Grübeleien über. Eine Lithiumprophylaxe wird begonnen.

Bis zum 20. Lebensjahr ereignen sich jährlich vier bis fünf depressive Zustände, wobei sich die Intervalle zuletzt verkürzen. Der Patient interessiert sich für Traumforschung, redet verschroben und verfaßt verwirrte Aufsätze. Er fürchtet vor allem, seine Mitschüler würden über ihn reden "er sehe alt und krank aus".

Nach dem Abitur entwickelt sich beim 19-Jährigen wiederum eine manische Phase mit Logorrhoe. L. ist zunächst flach euphorisch, dann aggressiv und kritiklos, er brauche keinen Schlaf mehr.

Ein halbes Jahr später stellt sich im Oktober erneut eine depressive Phase mit Grübeleien über die Sinnlosigkeit seines Daseins ein. Denken und Auffassungsvermögen sind ungestört, jedoch stagniert die musikalische Ausbildung.
Zwei Monate später wirkt L. völlig überdreht, kauft sich teure Schallplatten und eine Trompete.
Stationär zeigt sich eine typisch manische Selbstüberschätzung. In der Behandlung kann der Zustand weitgehend konsolidiert werden.

E p i k r i s e :

Der gut begabte und vielseitig interessierte Junge ist familiär vorbelastet. So disponiert seine prämorbide Sensibilität und Unsicherheit zu depressiven Dekompensationen.
Die Erkrankung setzt mit einer depressiven Phase ein und ist bei L. von Beginn an von einer hypochondrischen Ängstlichkeit und Überempfindlichkeit durchzogen. Sie konzentriert sich vor allem auf seine körperliche Unversehrtheit und verursacht merkwürdige Fingerbewegungen wie die Ängste vor einem Meniskusschaden u.a.m.

Die Phase zeigt kein exakt bestimmbares Ende. Innerlich bleibt L. verschlossen, auch wenn dies für seine Umgebung nicht erkennbar ist. Seine Verschlossenheit wird durch die Härte der Mutter sicherlich verstärkt. Das Intervall ist kaum längere Zeit beschwerdefrei. Das Befinden schwankt auch nach der zwischenzeitlichen manischen Aufhellung mit mehrfachen depressiven Zuständen weiter. Das Interesse für Traumforschung sowie seine Grübelsucht weisen auf die schon in der Primärpersönlichkeit vorhandene Introversion hin.

Die manischen Phasen zeigen kaum eine unbekümmerte Heiterkeit sondern nur eine flache Euphorie mit kritikloser Selbstüberschätzung, die rasch in eine depressive bzw. gereizt-aggressive Stimmung umschlägt.

Die ersten drei Phasen beginnen jeweils im Winter und Frühjahr und folgen in zweijährigem Abstand. Zwischen den beiden manischen Phasen stellen sich zunehmend depressive Verstimmungen ein, die Intervalldauer verkürzt

sich.
In dieser Erkrankung zeigt sich, daß depressive und manische Phasen eine Fehlentwicklung der Persönlichkeit einleiten können, die die ursprüngliche Leistungsfähigkeit auf lange Zeit hin reduziert.

(33) Manisch - depressive Erkrankung

B.A. 13.10.55, männlich, Phasen: 16 1/2 /21/24 Jahre

Behandlungsbeginn: 16 1/2 Jahre

Zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr des Patienten wird die Mutter mehrfach wegen einer manisch-depressiven Erkrankung stationär behandelt.
Sie stirbt in seinem 17. Lebensjahr.

Der pyknisch konstituierte Patient habe sich normal entwickelt, er sei ein mittelmäßiger Schüler, habe mit Kameraden gespielt, sich aber auch viel alleine beschäftigt. Er sei gewissenhaft, ehrlich und zuverlässig, hilft zuhause viel und ist von seinem Beruf als Elektriker begeistert.

Mit 16 1/2 Jahren wird er im Frühjahr zunehmend teilnahmslos, spricht nicht mehr, selbst seine Hobbys interessieren ihn nicht mehr. Eine medikamentöse Behandlung wird begonnen.

Drei Wochen später entwickelt B. eine starke Lebhaftigkeit. Als ihn der Vater wegen "Schlamperei" von der Feldarbeit nach Hause schickt, veranstaltet er in Abwesenheit der Familie ein Grillfest. Am nächsten Tage fährt er in die Stadt, um sein ganzes Sparvermögen in modische Kleidung und einen Kasettenrekorder umzusetzen. Beim Einkauf läßt er Fotoapparat und - obwohl er Nichtraucher ist - Zigaretten "mitgehen".
B. unternimmt waghalsige Motorradfahrten. In den folgenden Tagen sucht er ständig unstet nach Arbeit, ist jedoch zu nichts zu gebrauchen. Er vertropft z.B.beim Streichen die gesamte Farbe. B. zeigt sich verwundert, daß man sein Verhalten nicht normal findet. Erst während der stationären Behandlung fällt ihm seine Hochstimmung auf.

Drei Monate später folgt nochmals eine ähnliche manische Phase von kurzer Dauer.

Die nächsten vier Jahre kann B. unter Lithium gut geführt werden und in seinem gerne ausgeübten Beruf verbleiben.
Bei dem 21-jährigen weisen wiederum im April starke Kopfschmerzen auf das Vorliegen einer neuen Phase hin.

Genau drei Jahre später im April stellen sich erneut hartnäckige therapierefraktäre Kopfschmerzen ein. Am Einschlafen hindert ihn eine innere Unruhe. Drei Wochen später begeht er mit Chemikalien einen Suizid.

E p i k r i s e :

Das selbstgesetzte Ende ereignet sich umso unerwarteter, als der Patient nach dem ersten schweren Zyklus über nahezu sechs Jahre unter Lithium gut geführt werden konnte und außer der depressiven Phase mit 21 Jahren keine stärkeren Schwankungen entwickelt hatte.

Durch die manisch-depressive Krankheit der Mutter besteht sicher bei B. eine hereditäre Belastung. Durch deren Erkrankung besteht jedoch auch eine langjährige affektive Beeinträchtigung, deren Ausmaß für die Umgebung des Patienten wie für ihn selbst schwer zu objektivieren ist. Sie legte vermutlich bereits in der Kindheit auf dem Wege der Induktion oder anderer psychopathologischer Prozesse den Grund zu einer depressiven Dauerhaltung und verstärkte die Negativität der präpuberalen Entwicklungsphase. Zusammen mit dem Todesereignis und der hereditären Belastung bereitete sie letztlich den Boden für die Eskalation des Suizids, ohne daß weitere adäquate Beeinträchtigungserlebnisse hinzukommen mußten.

Der erste Zyklus der Erkrankung setzt im Frühjahr nach dem Tod der Mutter abrupt mit einer depressiven Stimmung und einer Reduzierung der affektiven Schwingungsfähigkeit ein. Der Antrieb ist - im Gegensatz zu allen nachfolgenden Phasen - gehemmt.

Fast ohne Intervall schlägt diese Depression spontan in eine starke Manie um. Die völlige Kritiklosigkeit, oberflächliche Unstetigkeit und Unehrlichkeit stehen in krassem Gegensatz zu der vorherigen Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit von B. und könnte auch durch eine oppositionelle Haltung des Pubertierenden mitbedingt sein. Er zeigt keinerlei Krankheitseinsicht. Erst die zunehmende Besserung des Zustandes ermöglicht Distanzierung und Kritikfähigkeit.

Über die kritische Zeit der Pubertät hinweg, von 17 bis 21 Jahren ist der Verlauf, der mit einem raschen Phasenwechsel und schweren Erscheinungsbildern begann, unter Lithium deutlich abgemildert. B. kann sogar in seinem Beruf verbleiben, von dem er recht begeistert ist.

Dennoch kann Lithium das Auftreten neuer Phasen nicht verhindern. Das endogene Geschehen setzt sich jeweils im Frühjahr in vier- bzw. dreijährigen Abständen immer wieder vital vor allem mit Kopfschmerzen durch, an deren depressivem Charakter nach dem deletären Ende in der zweiten Kopfschmerzphase kein Zweifel mehr bestehen kann. Die Kopfschmerzen stellen als depressive Äquivalente eine maskierte bzw. vegetativ larvierte endogen-depressive Phase dar (KIELHOLZ, LOPEZ IBOR). Sie sind als ernstzunehmendes Zeichen nicht zu übersehen.

(34) Manisch - depressive Erkrankung

Phasen: 16/19/20/22/23 Jahre

K.M. 20.5.1953, weiblich, Behandlungsbeginn 19 Jahre

Die Mutter hatte depressive Schwankungen.

Nach Abschluß der Realschule beginnt die Patientin mit 16 Jahren die Ausbildung als Erzieherin an der Fachakademie für Sozialpädagogik. Diese muß jedoch bald abgebrochen werden; sie fühlt sich unfähig zu mitmenschlichen Kontakten.

Drei Jahre später, mit 19 Jahren, wird die Ausbildung fortgeführt. Nach kurzer Zeit erkrankt sie an einer so schweren Depression, daß sie zur stationären Behandlung aufgenommen und ambulant weiterbehandelt wird. Nun beginnt sie eine Ausbildung in der Kinderkrankenpflege, muß diese infolge einer neuen Erkrankung mit 20 Jahren, diesmal einer manischen Phase, abbrechen.
Ein weiterer Versuch, ihre Berufsausbildung zu beenden, gelingt: sie kann mit 22 Jahren das Kindergärtnerinnenexamen ablegen.

Am Beruf findet K. jedoch keine Freude und unternimmt noch im gleichen Jahr einen Suizidversuch durch Aufhängen. Sie will die Familie nicht "verrückt machen" oder den Angehörigen "auf die Nerven gehen", sie hat Angst, das Anerkennungsjahr nicht zu bestehen, Angst vor dem Leben.
Wieder ein Jahr später erkrankt K. an einer Manie.

Indessen trat unter Lithiumtherapie eine Stabilisierung ein. Ehe und Beruf wurden bis zum gesetzlichen Mutterschutz in der ersten Schwangerschaft bewältigt.

E p i k r i s e :

Hier liegt ebenfalls eine hereditäre Belastung vor.

Die erste Phase mit 16 Jahren steht mit ihrem Abbruch der Ausbildung zeitlich etwas isoliert, es dauert drei Jahre, bis sich der feste Rhythmus einer in regelmäßigen Abständen ablaufenden zirkulären Erkrankung ausbildet.
Insgesamt laufen ab dem 20. Lebensjahr zwei vollständige bipolare Zirkel mit jeweils einjährigem Intervall ab, wobei alle Phasen so schwer verlaufen, daß ein stationärer Aufenthalt notwendig wird. Die Berufsausbildung bzw. -ausübung muß bei jeder Phase erneut unterbrochen werden. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit bleibt zumindest soweit erhalten, daß K. ihre Berufsausbildung immer wieder aufnehmen kann.

Die Zirkel beginnen jeweils mit einer depressiven Phase. Die Intensität des Krankheitsgeschehens scheint zuzunehmen. Im Intervall nach dem ersten Zirkel kann der Abschluß eines Examens erreicht werden.

In der anschließenden Phase folgt jedoch ein schwerer Rückfall in eine tiefe, mit großer Angst durchsetzte Depression. Es wird eine ungewöhnlich ernste Todesform gewählt, um dem Leben ein Ende zu setzen. Vermutlich war das Examen und die anschließende, anstrengende Berufsausübung im Kindergarten für das wenig belastbare Mädchen eine Überforderung, denn sie äußert in der depressiven Phase nach dem versuchten Suizid noch mehrmals Angst vor dem abschließenden Praktikum wie vor dem Leben überhaupt.

Ihre Sorge, ob sie der Familie nicht zu sehr zur Last fiele, zeigt das Bestehen eines relativ guten sozialen Rapports und Sozialgefühls. Diese Sorge kann auch eine Begründung für den Suizidversuch darstellen. Die schlechten mitmenschlichen Kontakte am Beginn der Erkrankung stehen im Gegensatz zu der am Schluß gezeigten Einfühlbarkeit und Kontaktfähigkeit in ihrer nun aufgebauten und auch durchgehaltenen Partnerschaft. Diese weisen auf eine - durch die während des Intervalls durchgeführte sozialpädagogische Ausbildung - möglicherweise geförderte Entwicklung des Sozialempfindens hin.
Durch eine emotionale Stabilisierung während der Lithiumtherapie wird eine größere Belastbarkeit möglich.

(35) Manisch - depressive Erkrankung mit ungünstigem Verlauf - Phasen: 17/19/20/21/22/23/25/27 Jahre

C.F. - 18.12.50, männlich, Behandlungsbeginn 17 Jahre

Die Mutter des Patienten entwickelte infolge der Sorgen um ihren Sohn eine reaktive Depression.

Der Patient kommt mit 17 Jahren zur stationären Aufnahme. Er ist ganz von einer vitalen, depressiven Stimmung beherrscht. Zusätzlich finden sich psychopathologische Auffälligkeiten.

Nach weitgehender Remission muß der Patient zwei Jahre später erneut eingewiesen werden. Es werden Konzentrationsstörungen, Interesselosigkeit festgestellt. Teilweise wirkt C. "überdreht" und heiter. Eine Insulinkur wird durchgeführt, dennoch reicht die Remission nicht aus, um die schulische Ausbildung fortzusetzen. Nicht realisierbare Schulwünsche werden geäußert.

Mit 20 Jahren hält die hyperthyme Stimmung fast ununterbrochen für ein Jahr an. C. braucht sehr wenig Schlaf, ist zerfahren und unbekümmert, die Leistungen verschlechtern sich. Eine Liebesenttäuschung hinterläßt eine vorübergehende leichte Depression.

Mit 21 Jahren stellt sich eine deutliche Zunahme der Phasen ein, Beziehungsideen: andere würden über ihn reden und ihn für verrückt halten, haben Zwangscharakter.

Mit 22 Jahren ereignet sich eine depressive Verstim-

mung mit agitiertem Verhalten, Inappetenz und Schlafstörungen, dann schließt wieder eine manische Phase an.

Mit 23 Jahren besteht er das Fachabitur. Beim anschließenden Studienbeginn entwickelt sich durch Überforderung eine typische Depression mit morgendlichen Tiefs, Rückzug und hochgradiger Denkhemmung. Sie macht erneut eine stationäre Behandlung notwendig. Erstmalig sorgt er sich um die finanzielle Belastung der Familie durch seine Erkrankung.
Mit 25 Jahren ergeben sich wiederum depressive Hemmungszustände in Antriebs- und Denkabläufen. C. wirkt hilflos und überfordert und unternimmt zwei Suizidversuche. Im klinischen Erscheinungsbild zeigt sich ein stark schwankendes, affektives Verhalten. Der Patient wechselt zwischen massiver Ablehnung und übertrieben extravertierter Zuwendung. Im Zusammenhang mit einem erheblichen Leidensdruck wiederholen sich die schon mit 21 Jahren geäußerten zwanghaften Beziehungsideen.

Im 28. Lebensjahr setzte eine klassische manische Phase ein. Unter konsequenter Lithiumtherapie erfolgte eine Stabilisierung. Die Weiterführung des in Frage gestellten Arbeitsverhältnisses ist möglich.

E p i k r i s e :

Bereits die ersten Zustände zeigen Auffälligkeiten, die über den Rahmen einer normalen depressiven Verstimmung hinausreichen. Es drängt sich zunächst der Eindruck einer schwach produktiven juvenilen Psychose auf, sodann sind rein manische Züge zu beobachten.
Manische Elemente beherrschen, wenigstens in der ersten Zeit der Erkrankung, fast den gesamten Verlauf. Nur zwischenzeitlich werden sie von depressiven Phasen unterschiedlicher Intensität unterbrochen, wobei mehrere depressive Phasen reaktiv ausgelöst sind. Immer wieder werden seine, durch die manische Stimmung unrealistisch übersteigerten Hoffnungen und Wünsche einer Freundschaft, des Schul- und Studienbesuchs enttäuscht. Die schwerste, selbst zugemutete und dann nicht durchgehaltene Überforderung stellt das Studium dar.

Die Depression des 25-jährigen erreicht mit zwei Selbstmordversuchen einen Höhepunkt im Krankheitsgeschehen.

Die produktive Symptomatik mit paranoiden Beziehungsideen vor den Suizidversuchen sowie das disharmonische Gesamtverhalten mit krassen affektiven Umschwüngen, lassen immer wieder die Entwicklung zu einer juvenilen Prozeßpsychose aufkommen. Sie geben jedoch auch die Frage eines neurotischen Überbaus auf. Zahlreiche Zuflüsse sind aus der pubertären Problematik erklärbar.
Nach der deutlichen manischen Phase mit 28 Jahren und der Stabilisierung durch Lithium ist allerdings die Feststellung einer schweren manisch-depressiven Erkrankung mit einem Vorherrschen von manischen Zuständen,mit raschem Phasenwechsel und Rückgang der Leistungsfähigkeit begründet.

(36) Manisch - depressive Verstimmung mit protrahiertem Verlauf, Phasen: 18 Jahre

A.T. 3.5.1954, männlich, Behandlungsbeginn 18 Jahre

Die Mutter war früher synton, nun leidet sie an einer schweren protrahierten Involutionsdepression. Der ältere Bruder mußte wegen einer manisch-depressiven Erkrankung stationär behandelt werden.

Mit 18 Jahren zeigt A. eine Depression mit Agitationstendenzen: er entfernt sich auf einer Schulfahrt für vier Wochen von der Klasse und vom Elternhaus und unternimmt einen Marsch von 80 km, um Buße zu tun. Nach der Rückkehr kann er sich über nichts mehr freuen und ist initiativlos. Er wagt nicht, eine Ausbildung zu beginnen und durchzuhalten. Morgendliche Tiefs sind zu beobachten.

E p i k r i s e :

Bei diesem Jugendlichen liegt eine deutliche endogene Komponente vor. Sie kommt nicht nur in der familiären Erkrankungsbereitschaft, sondern auch in seinem eigenen Verlaufsbild mit morgendlichen Tiefs und der Entfernung von zu Hause zum Ausdruck. Nach WEITBRECHT ist auch das ausgeweitete und übertriebene Schuldbewußtsein, das A.grundlos zu einem 80 km langen Bußmarsch veranlaßt, ein Zeichen der Endogenität. Wie sich in der Ausdauer und Aktivität des Marsches zeigt, erfaßt die depressive Störung den Antriebsbereich nicht vollständig. Auch widerspricht die Tatsache,daß er längere Zeit ohne häusliche Fürsorge existieren kann, der in einer Depression üblicherweise gegebenen Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Die Eigenart dieses Depressionsbildes ist aus dem Vorhandensein einer manischen Komponente im Antriebsverhalten zu erklären, ohne daß damit eine heitere manische Stimmung verbunden ist. Trat zur Zeit des Bußmarsches ein manisches Element zur starken Depressivität, so dominiert nach der Rückkehr -vermutlich auch infolge der Anstrengung - die depressive Störung.

1.c Endogene Depressionen mit reaktiven Zuflüssen

Die Erkrankungen der folgenden Patienten werden in starkem Maße von reaktiven Einflüssen bestimmt. Endogene Momente sind aus der Verlaufsbeobachtung ebenso wie aus der hereditären Belastung erkennbar.

(37) Endogen - phasische Depression, Phasen:14/28/29 Jahre

S.S. - 23.10.41, weiblich, Behandlungsbeginn 28 Jahre

Eine Tante leidet an einer phasischen endogenen De-

pression,ein Onkel verübte in einer Depression Suizid.

Mit 14 Jahren ergeben sich bei der Patientin erste depressive Schwankungen. Sie leidet sehr unter dem jähzornig - unbeherrschten Vater.

Die zweite Phase mit 28 Jahren wird durch einen Umzug ausgeklinkt, eine weitere Phase ohne Auslöser ereignet sich ein Jahr später.

(38) Phasische endogene Depression, labile Persönlichkeit

Phasen: 17/22 Jahre

E.H. - 14.6.53 männlich, Behandlungsbeginn 22 Jahre

Die erste Phase im 18. Lebensjahr stellt sich im Anschluß an eine Appendektomie ein. Im 23. Lebensjahr besteht eine Auslösesituation durch die Bundeswehr.

E p i k r i s e :

Bei Pat.(37) ereignen sich die Phasen im Anschluß an Situationen, die ebenso in der Literatur beschrieben werden: Spannungen in der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern und Umzug (WEITBRECHT,SCHULTE u.a.).

Eine ähnliche Situation der Lebensumstellung und Überforderung findet sich bei Pat.(38) in der Einberufung zur Bundeswehr. Wenn bereits eine einfache Appendektomie imstande ist, eine Depression auszulösen, weist dies auf eine Labilität der Persönlichkeitsstruktur hin, die den Belastungen erhöhter Leistungsanforderungen in der Bundeswehr nicht gewachsen ist.

(39) Endogene Depression mit sexualneurotischer Prägung,

Depersonalisationsphänomene, Phasen: 14/15/19 Jahre

H.G. - 1950 männlich, Behandlungsbeginn 14 Jahre

Die Mutter des Jungen war Waise; sie verübte Selbstmord, daher ist über die weitere familiäre Belastung nichts bekannt.

Der Junge durchläuft eine verzögerte sprachliche und motorische frühkindliche Entwicklung und wird deshalb einem Erziehungsheim zugewiesen. Er ist immer still und niedergedrückt.

Mit 14 Jahren stellt sich ein starker Erregungszustand ein.
Mit 15 Jahren erleidet er einen raschen Gewichtsverlust mit der hypochondrischen Angst, an einer zum Tode führenden Krankheit befallen zu sein. Die Stimmung ist deutlich gesenkt.

Mit 19 Jahren macht er sich Vorwürfe wegen nicht erwiderter Gefühle zu einem Mädchen und beschuldigt sich der Impotenz. In seinem Ausdruck wirkt er mono-

ton, ratlos, bedrückt und ängstlich. Er ist mißtrauisch und gespannt, bleibt dabei jedoch kontaktbereit.

Später entstehen paranoische Ängste, daß Freunde über ihn reden und ihn für unheilbar "verrückt" halten.

E p i k r i s e :

Der Junge durchläuft eine stark beeinträchtigte und retardierte psychosoziale Entwicklung, die sogar eine Einweisung in ein Erziehungsheim notwendig macht. Sicherlich ist er endogen vorbelastet. Die Entwicklungsstörung, die motorischen wie intellektuellen Schwächen bedingen eine Anfälligkeit für Erregungszustände. Bereits die erste gröbere Auffälligkeit besteht in einem stark agitierten Verhalten. Diese Agitation setzt sich später in mißtrauisch ängstlicher Ratlosigkeit und paranoischen Furchterlebnissen fort.
Eine rein depressive Phase tritt nicht auf, immer sind hypochondrische und paranoische Ängste als Ausdruck eines Bedürfnisses nach Bestätigung und Anerkennung am Geschehen beteiligt. Die Ängste des geistig einfach strukturierten Neunzehnjährigen beziehen sich auch auf die Sexualität.

(40) Phasisch - endogene Depression mit Beginn im Jugendalter, Phasen: 16/16 1/2 Jahre

R.C. - 20.8.60 weiblich, Behandlungsbeginn 16 Jahre

Der Vater leide an Verfolgungsängsten; durch seine Trunksucht ist die Familie starken Belastungen ausgesetzt.
Das Mädchen ist erheblich kontaktgestört. Sie berichtet, mitmenschliche Beziehungen zu suchen; da sie nicht hübsch sei, wären alle Bemühungen vergeblich.

Diese Ideen des "Nichthübschseins" werden überwertig. Suizidale Gedanken kommen auf. In dieser depressiven Stimmung stagniert sie passiv. Eine psychotherapeutische Behandlung wird durchgeführt.

Ein halbes Jahr später folgt eine zweite depressive Phase mit Schulschwierigkeiten, Versagensängsten, die jedoch dissimuliert werden; sie selbst äußert Angst, wegen ihrer Passivität nicht mehr aus der Depression heraus zu finden. Die alte Hypochondrie prägt sich noch gelegentlich aus, sie wird jedoch nicht so bedrängend wie in der ersten Phase erlebt.

E p i k r i s e :

Wahrscheinlich haben hier die häuslichen Verhältnisse und die Trunksucht des Vaters starke Minderwertigkeitsgefühle begünstigt. Diese wurden bei einer altersbedingten Pubertätsproblematik ins Körperliche verlagert.

Die Passivität dieser Patientin dürfte auch in dem jahrelangen, aussichtslosen Kampf gegen die Trunksucht des Vaters, durch eine Art Resignation gewachsen sein. Sie könnte jedoch gleichermaßen auf eine vitale Herabgestimmtheit bei einer endogenen Depression zurückgehen.
Die bei der Jugendlichen wegen der familiären Konflikte durchgeführte psychotherapeutische Behandlung erzielte eine deutliche Besserung vor allem der hypochondrischen Symptomatik.

(41) Endogene Depression - Phasen: 18/19/21 Jahre

G.F.-7.2.1950, männlich, Behandlungsbeginn 18 Jahre

Der Jugendliche stammt aus gespannten,disharmonischen Familienverhältnissen. Es habe zu Hause immer sehr viel Streit gegeben, ein Onkel habe Suizid begangen.

In der Volksschule machen sich erstmalig Kontaktstörungen bemerkbar. Als Außenseiter mit Minderwertigkeitsgefühlen findet er nur schwer Anschluß, was sich zu einer Verkümmerung des Kontaktbedürfnisses ausweitet. Körperlich und seelisch ist er wenig belastbar und zeigt kaum Durchhaltevermögen. Alles, was nicht auf Anhieb gelingt, löst eine anhaltende depressive Verstimmung mit Selbstmordimpulsen aus.

So begeht er mit 18 Jahren unter Alkoholeinfluß mit Tabletten einen Suizidversuch, wiederholt diesen mit 19 Jahren, ebenfalls unter Alkohol: diesmal eröffnet er sich die Pulsadern. Der dritte Selbstmordversuch findet mit 21 Jahren in der Bundeswehr statt, weitere Suizidversuche sind angekündigt.

E p i k r i s e :

Anzeichen für eine Endogenität sind in den mehrfachen, in etwa einjährigem Abstand wiederholten Suizidversuchen, der weiteren Suizidankündigung wie in dem Suizid des Onkels gegeben.
Die ersten Äußerungen dieser massiven, depressiv-suizidalen Entwicklung liegen in Kontaktstörungen und Minderwertigkeitsgefühlen, die sich von der Volksschulzeit an - in wechselseitiger Bedingung - durch das ganze Leben hindurchziehen. Auch wenn die Rückerinnerung an die Zeit vor der Einschulung nicht vollzogen wird, bestanden sicher schon in der Kindheit depressive Verhaltensstörungen.
Die belastende familiäre Atmosphäre wird zur Genese dieser Störungen entscheidend beigetragen haben. Eine geringe körperliche und seelische Belastbarkeit kommt hinzu. Jeder Anlaß führt zu einer Entmutigungsreaktion und Resignation, die ihn zur Lösung einer Aufgabe unfähig machen, pubertäre Kurzschlußhandlungen verursachen und Suizidimpulse auslösen.

(42) Manisch - depressive Erkrankung mit reaktiven Zuflüssen - Phasen: 16/20 Jahre

M.D. 9.9.1951, männlich, Behandlungsbeginn 16 Jahre

Ein Onkel mütterlicherseits verübte Suizid. Beide Eltern seien schwierige Charaktere. Soweit der Jugendliche sich erinnern könne, haben Tätlichkeiten und Streitereien seine ganze Jugend verdüstert.

Als M. 11 Jahre alt ist, wird die Ehe der Eltern geschieden, die fünf Kinder verteilt. Er hält nur zu seiner Schwester Kontakt.
Nach eigener Ansicht des Patienten bestehe er nur aus Minderwertigkeitskomplexen. Er sei feige und möchte gerne auch körperlich kräftiger sein. Ihm fehle vor allem der Kontakt zu anderen Menschen, besonders zum anderen Geschlecht. Das bedrücke ihn sehr, denn er sei kontaktbedürftig.
Das tatsächliche Kontaktverhalten des Jugendlichen ist jedoch ambivalent. Er zeigt keinerlei produktive Zuwendung zur Umwelt und läuft mit 16 Jahren weg, um "wie St.Benedikt ein Eremitenleben zu führen". Nach der Rückkehr besucht er die Schule weiter und gibt als Grund seiner Flucht Angst vor der Zwischenprüfung in Mathematik und Physik an. Der Ausbildungsverlauf nach Abschluß der Schule nimmt lange Zeit in Anspruch, da er zwischenzeitlich immer wieder arbeitet, um die Mutter finanziell zu unterstützen.

Mit 20 Jahren kommt es zu einer Vertiefung des depressiven Zustandes. M. unternimmt zweimal einen Selbstmordversuch, wird zunehmend negativistisch, zeigt auch Aggressionen gegen die Mutter.

Der Zustand scheint nach der klinischen Behandlung gebessert, doch gelingt ihm nur sieben Tage nach der Entlassung in einer weiteren schweren depressiven Schwankung der endgültige Suizid.

E p i k r i s e :

In kaum einer Krankengeschichte kommt die unglückselige Verzahnung endogener und vor allem neurotischer Komponenten deutlicher zum Ausdruck.

Die endogene Belastung zeigt sich im Suizid des Onkels, der schwierigen charakterlichen Veranlagung beider Eltern, die zugleich ein starkes reaktives Moment für die Entwicklung einer depressiven Konstitution darstellt. Die traumatisierende Situation wird durch Streitereien und Tätlichkeiten der Familie ständig verschärft und bietet alle Kennzeichen der "broken home" Konstellation.
Der Junge findet damit bereits in seiner Kindheit alle Voraussetzungen, um seelisch zu erkranken. Ein normales Selbstwertgefühl mit einem gesunden Vertrauen zu

sich selbst, zur Meisterung von schulischen und beruflichen Schwierigkeiten, wie ein Vertrauen zu den Mitmenschen als Voraussetzung einer Kontaktfähigkeit konnte sich nicht entwickeln. So findet M. bei aller Sehnsucht nach Kontakt, Zuwendung und Verstehen keinen Weg zu anderen Menschen, auch nicht zu sich selber und zum anderen Geschlecht.

Gerade mit 16 Jahren wirkt sich diese Ambivalenz im Kontaktverhalten zwischen Wunsch und gleichzeitiger Hemmung besonders aus und führt zum Durchbruch einer ersten stärkeren Phase. Er flüchtet vor den Schwierigkeiten der Realität und sucht sein Heil im Rückzug in ein Eremitenleben.

In der Folgezeit bleibt eine depressive Grundstimmung erhalten. Sie dürfte zum protrahierten Ausbildungsverlauf ebenso beigetragen haben wie die mehrfachen Unterbrechungen der Berufsausbildung zu Gelegenheitsarbeiten, die von der Notwendigkeit einer finanziellen Unterstützung der Mutter her motiviert werden. In der daraus folgenden Verschlechterung seiner beruflichen wie psychischen Situation kommt es zu aggressiven Ausbrüchen gegen die Mutter. Sicherlich sucht er in ihr die Mitursache seiner Schwierigkeiten.

So zeigt sich der gesamte Verlauf als ein tragisches Miteinander und gegenseitiges Steigern reaktiver und endogener Depressivität und beweist einmal mehr die Berechtigung, bei solchen Konstellationen die Gefahr eines prognostisch ungünstigen Verlaufs anzunehmen.

Mit 20 Jahren, in einer Zeit der Adoleszenzkrise,kommt es zu wiederholten Suizidversuchen, die ebenso wie die Flucht ins Eremitendasein mit 16 Jahren einen depressiven Rückzug aus der Umwelt, den endgültigen Bruch mit ihr darstellen. Diese Entwicklung führt fast zwangsläufig zur fatalen Eskalation des endgültigen Suizids.

1.d Depressive Störungen im Alter von 14 bis 18 Jahren

In der Kasuistik treten während der Pubertät vermehrt psychogen - depressive Störungen auf. In ihnen wird noch deutlicher als in der Präpubertät und der beginnenden Pubertät auf Milieueinflüsse, schulische oder andere psychische Überforderungssituationen reagiert.

(43) Vegetative Depression in der Pubertät

B.R. 28.11.56, weiblich, Behandlungsbeginn 14 Jahre

Besonders vor Schulaufgaben belasten die Patientin Zustände von Erwartungsangst. Sie bekommt Schmerzen im rechten Arm, die Stimmung liege darnieder. Allgemein sei ihre Lebensfreude gemindert.

(44) Gehemmte Depression

F.E. 27.2.1956, weiblich, Verstimmungen: 14/21 Jahre

Das Mädchen fühlt sich zu Hause unwohl, mit 14 Jahren erlebt sie erste Suizidimpulse.

Mit 21 Jahren unternimmt sie einen Suizidversuch. Sie leidet unter Kontaktschwierigkeiten, die mit Entwicklungsschwierigkeiten in Zusammenhang gebracht werden.

(45) Anorektisches Syndrom bei Depression, Suizidversuch mit Tabletten

W.B. 16.2.61, männlich, Verstimmungen: 14/15 Jahre

Der Vater ist Alkoholiker. Er ist mindestens dreimal wöchentlich betrunken und befand sich bereits wegen einer durch Alkohol induzierten Depression in stationärer Behandlung.
Der Jugendliche, der schon immer klein und schwächlich war, zieht sich vom 15. Lebensjahr an zunehmend zurück. Er hat keinen Appetit mehr, erbricht, wirkt in seinen Interessen eingeengt. Die Schulleistungen bleiben jedoch gut, merkliche Schlafstörungen stellen sich nicht ein. Die Ursache seiner Befindensänderung sieht der Patient in seinem Vater gelegen.

Mit 15 Jahren unternimmt W. einen Suizidversuch.

(46) Zweimaliger Suizidversuch in Belastungssituationen

Minderbegabung,reaktiv depressiver Verstimmungszustand

H.J. 1.6.1955, weiblich, Verstimmungen: 15 - 16 Jahre

Das Mädchen ist das zweite von sechs Kindern.Die Mutter verdiene das nötigste Geld mit einer Barbeschäftigung. Mit dem Vater,einem Waldarbeiter,gebe es viel Streit. H.soll die gesamte Hausarbeit erledigen. Zu Hause wird viel kritisiert und geschrieen,was das Mädchen nicht mehr erträgt. Sie öffnet sich die Pulsadern.

(47) Somatisierte Depression mit Herzanfällen

W.H. 21.1.56, männlich, Depressionen: 14/16-20 Jahre

Der Jugendliche wird stark verwöhnt. Er entwickelt Stimmungsschwankungen.

Mit 14 Jahren gerät er in einem depressiven Zustand an Haschisch. Daran schließt sich eine Drogenkarriere mit LSD, Meskalin, Opium und Morphin an, doch gelingt es der Mutter durch unentwegten Einsatz, ihn einem Releasezentrum zuzuführen, wo er von den Drogen freikommt.
Mit 16 Jahren wendet er sich in verstärktem Maß dem Alkohol zu. Er befürchtet eine Impotenz. Die Stimmung schwankt rasch.

(48) Emotional labile Persönlichkeit mit Neigung zu depressiven Verstimmungszuständen und aggressivem Verhalten

Z.R. 1.6.1952, männlich, Verstimmungen: 16 - 22 Jahre

Seit Jahren leide der Jugendliche an Stimmungsschwankungen, Nervosität, innerer Unruhe und Konzentrationsstörungen. Er rege sich leicht auf, oft wegen Lappalien und sei allgemein psychisch wenig belastbar.

Häufige depressive Verstimmungen treten auf, er müsse immer wieder gegen Suizidgedanken ankämpfen.

Mit 16 Jahren unternimmt er wegen beruflicher Schwierigkeiten einen Suizidversuch. Seit dem 17. Lebensjahr nehme er Drogen.

(49) Depressiv -resignierende Fehlhaltung - Alkoholneigung

S.K. 15.4.1960, männlich, Depression: 16 1/2 Jahre

Der Jugendliche gibt an, sein Leben sei nicht lebenswert.Er unternimmt einen Suizidversuch mit Alkohol. Der Familie gegenüber zeigt er sich betont desinteressiert.

(50) Depressive Verstimmung

B.M. 29.9.59, männlich, Verstimmung: 16 Jahre

Bei diesem Jugendlichen liegt eine disharmonisch verlaufende Pubertät mit verzögerter körperlicher Reifung vor. Diese löst depressive Niedergeschlagenheit und Insuffiziengefühle aus, die sich in nachlassenden Berufsleistungen niederschlagen.

Die neurotisierend wirkende Mutter dramatisiert, sie sieht in der Störung eine ernstliche Erkrankung.

(51) Hypochondrisch - depressives Syndrom

B.R. 28.2.1955, weiblich, Depression: 16 Jahre

Das häusliche Milieu ist sehr konfliktreich. Das Mädchen fürchtet jedoch eine Heimunterbringung. Hochgradige emotionale Labilität und Ängstlichkeit treffen mit Minderbegabung und Einsamkeitsgefühlen zusammen.

Die Patientin zeigt perimenstruelle Schwankungen und leidet unter Carcinophobie.

(52) Anorektisches Syndrom - depressiver Versagenszustand

N.E. 12.7.1960, weiblich, Depression: 16 Jahre

Das Mädchen verlor mit 13 Jahren die Mutter, sie lebt mit dem Vater und dem Bruder zusammen. Als der Vater verunglückt, löst dies eine Depression aus.

Probleme wegen einer Wiederverheiratung des Vaters

verstärken die depressive Verstimmung und leiten eine anorektische Entwicklung ein.

(53) Psychosomatische Erkrankung - depressiver Verstimmungszustand

S.E. 7.2.1950, weiblich, Verstimmung: 17 Jahre

Das Mädchen leidet unter den häuslichen Verhältnissen: der Vater trinkt, die Mutter verhalte sich ihr gegenüber abweisend, autoritär.

So gibt die Jugendliche an, daß sie sich in der letzten Zeit psychisch verändert habe und nichts mehr verkrafte. Schon früher sei sie weich und schwernehmend gewesen. Nun werde es ihr bereits übel, wenn sie an den dörflichen Betrieb denke.

S. leidet an Magenschmerzen, der Appetit ist reduziert, der Schlaf gestört, der Stuhlgang obstipiert. Zeichen vegetativer Labilität sind auffindbar.

(54) Neurotische Depression

S.G. 4.8.1956, männlich, Depression: 18 Jahre

Eine Tante verübte Selbstmord. Die Schwester ist wie der Patient, der als genügsam und gewissenhaft geschildert wird, still, gehemmt und kontaktarm. Einer Trichterbrust wegen leidet er an Minderwertigkeitsgefühlen und entwickelt autoaggressive Tendenzen. Auch hat er keine Beziehung zu Mädchen und näßte lange ein.

Einen Kuraufenthalt erlebt der Jugendliche als Abschieben. Die daraus entstehende Stimmungsverschlechterung führt zu Suizidabsichten. Vom Tage der Planung des Suizids an fühlt er sich wesentlich erleichtert, doch der Selbstmordversuch mißlingt. Durch diesen ergibt sich eine Verschlechterung seiner gesamten Lebenssituation, vor allem in der Beziehung zur Mutter. So erwächst der Plan zu einem zweiten Suizid, zu dessen Realisation ihm jedoch der Mut fehlt.

(55) Vegetative Depression - Minderbegabung

S.F. 1.8.1957, männlich, Depression: 18 Jahre

Seit einem halben Jahr leidet der Jugendliche an Verkrampfungen des Magens, Übelkeit, Engegefühl im Thorax, Druck im Kopf, Unsicherheit in den Beinen. Er zittere mit den Händen, im Körper verspüre er ein Kribbeln, könne kaum schlafen und fast nichts mehr essen. Die Stimmung sei sehr schlecht. An nichts mehr könne er sich richtig freuen, er habe auch keinen Spaß an Gesellschaft. Häufig müsse er sich zwingen und fühle sich ständig müde und schlapp.

In der Aufnahme wirkt der Jugendliche gehemmt und

verlegen, er hat Schwierigkeiten sich sprachlich mitzuteilen und einfache Rechenaufgaben zu lösen.

(56) Paranoisch unterlegte Depression

I.R. 6.9.1950, männlich, Depressionen: 18/25 Jahre

Der Vater betreibt seit 20 Jahren eine exzessiven Alkoholabusus, auch seine Großmutter väterlicherseits sei eine bekannte Potatorin gewesen. Die Mutter des Patienten erlitt infolge der häuslichen Verhältnisse mehrere Nervenzusammenbrüche.

Der Junge durchlief eine schwierige psychosoziale Entwicklung ohne tiefere seelische Bindung an die Familie. Minderwertigkeitsgefühle wegen des Vaters und Errötungsangst sind besonders auffällig.

Mit 18 Jahren beginnt I. eine Drogenkarriere und bricht seine Lehre ab. In der Bundeswehr flackert seine Depression erneut stärker auf, mit 25 Jahren besteht für längere Zeit ein depressiver Zustand.

(57) Depressive Verstimmung bei neurotischer Verhaltensstörung, Cervicalsyndrom

G.P. 11.10.1957, weiblich, Verstimmung: 18 Jahre

Die Eltern leben seit 15 Jahren getrennt, das Verhältnis zur Mutter und zum jüngeren Bruder ist gespannt. Bei anderen Kontakten zeigen sich immer wieder Isolierungstendenzen, Gehemmtheit, Unsicherheit und mangelnde Kontaktfähigkeit, die zu einer Außenseiterrolle führen.

Als Kind lutschte das Mädchen lange Zeit Daumen, bis vor kurzem kaute es Nägel.

Im Herbst - mit 18 Jahren - verstärken sich druckartige, ziehende Schmerzen in Nacken und Hinterkopf. Im darauffolgenden Frühjahr beeinträchtigen sie plötzlich auftretende, etwa zehn Minuten andauernde anhaltende Angstzustände mit Luftnot, Schweißausbrüchen und Zittern; weiter ergeben sich Stimmungsverschlechterungen, Ein- und Durchschlafstörungen sowie ein starker Leistungsabfall in der Schule.

(58) Depression

H.J. 19.4.1953, männlich, Behandlungsbeginn 17 Jahre

Der Patient stellt mit 17 Jahren seinen ganzen Lebenslauf in mehreren Tagebüchern dar und schildert dort voll Selbstmitleid seine fehlgelaufene psychosexuelle Entwicklung.

Bereits mit fünf Jahren hätten ihn Ängste und Befürchtungen eines Nicht-Angenommenseins und Verkanntwer-

dens beeinflußt.
Die ersten tiefer gehenden Versagensgefühle hätte H. im Anschluß an eine erste "Liebesenttäuschung" bereits im 9. Lebensjahr erlebt. Seither sei er ständig negativ gestimmt und stehe im Vergleich zu seinen Altersgenossen und -genossinnen auf der Schattenseite des Lebens: er komme überall zu kurz. Zwölfmal sei er unglücklich verliebt gewesen, was ihn, da er sehr weich und sensibel sei, stark beeinträchtigt habe. Alle Lern- und Berufsschwierigkeiten versteht er als Folgen der gescheiterten Liebesbeziehungen.

Sein Interessenkreis ist stark eingeengt. Um bei anderen "anzukommen",sucht er die Betätigung in ungünstigem Milieu. Ein "Selbstheilungsversuch" mit Haschisch wird unternommen. Dieser gibt neben den anderen Faktoren den Anstoß zur stationären Aufnahme.

E p i k r i s e :

Im Vordergrund steht die mißglückte psycho-sexuelle Sozialisation des Jungen, die sich mit gesteigerten Befürchtungen vor einem Entzug der Anerkennung und Zuwendung in einem durch depressive Reaktionen vertieften Verlauf durch die Entwicklung hindurchzieht.

Die Psychogenese mit der Thematik des "Zu-kurz-gekommenseins" weist auf entsprechende Mangelerlebnisse in der familiären Fürsorge hin, zumal er in seinen Tagebüchern von seinen Eltern nichts berichtet. Das familiäre Milieu scheint auch Anstöße zu frühem Interesse an sexuellen Kontakten gegeben zu haben, in denen er Anerkennung und Bestätigung zu erwerben versucht. Diese lassen sich allerdings nicht realisieren und führen zwangsläufig zu immer neuen Mißerfolgen.

Die in epischer Breite und dem Ton des Selbstmitleids niedergelegten Berichte aller seiner Erlebnisse und Gefühle in mehreren Tagebüchern sind als überkompensierender Versuch zu werten, die Minderwertigkeitsproblematik auszugleichen. Demselben Bemühen, Anerkennung zu finden und dadurch seiner depressiven Verstimmung zu entkommen, entspringt der Versuch, sich üblem Milieu anzugleichen und im Drogengebrauch "positivere" Erlebnisinhalte zu erfahren und seine Stimmung zu verbessern.

Der einfache Stil der schriftlichen Aufzeichnungen des Jugendlichen läßt eine beschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit erkennen, die eine Ausweitung des Interessenkreises erschwert.

Es liegt hier sicher eine depressive Persönlichkeitsentwicklungsstörung mit einer deutlichen Verwahrlosungstendenz, Neigung zur Drogensucht, mit resignativ -depressiver Apathie und depressiver Dauerhaltung vor. Eine hereditäre Beteiligung ist anzunehmen.

Familiäre Schwierigkeiten stehen an erster Stelle der auslösenden Ursachen reaktiv - depressiver Störungen des Jugendalters. Es werden ebenso auch schulische und berufliche Schwierigkeiten genannt. Diese exogenen Belastungen treffen in manchen Erkrankungsfällen mit endogenen Komponenten zusammen.

Das mentale Bild gleicht bereits weitgehend dem des Erwachsenen. Die emotionale Labilität ist jedoch gesteigert, die Belastungsfähigkeit oftmals reduziert. So nimmt die suizidale Symptomatik zu.

Leibliche Mißempfindungen wie Magenschmerzen, Übelkeit, Arm- und Schulterschmerzen, Zittern u.a. gehen über die bisher geschilderte vegetative Symptomatik hinaus.

2. Diskussion der Befunde der Pubertät

In der Pubertät treten **Verstimmungen** und **Psychosen erstmalig gehäuft** auf.

Nach der vorliegenden Kasuistik konzentrieren sich die unipolar - depressiven Erkrankungen auf den Beginn der Pubertät mit 14 bis 15 Jahren, Pat.(23),(24),(25),(26),(27),(29),(37,(39). Nach leichtem Rückgang im 17. Lebensjahr steigen sie wieder leicht kontinuierlich an. Bei den endogenen Erkrankungen mit reaktiven Zuflüssen ist ein Rückgang im 17. Lebensjahr nicht feststellbar. Die bipolaren Erkrankungen nehmen bis zum 19. Lebensjahr gleichmäßig progredient zu.

Bei allen endogenen Depressionen überwiegen zu Beginn der Pubertät die Mädchen.

Die reaktiven depressiven Störungen zeigen in ihrem Anstieg einen Manifestationsschwerpunkt im 17. Lebensjahr. Diese Häufigkeitsentwicklung steht damit der leicht rückläufigen Tendenz unipolarer Depressionen ohne exogene Belastungen mit 16 Jahren entgegen.

Die Pubertät scheint auf Psychosen und Verstimmungen einen unterschiedlichen Einfluß auszuüben. Wenngleich der

Beweis für einen Kausalzusammenhang zwischen Pubertät und Psychose noch aussteht (KRETSCHMER), ist die Bedeutung der beginnenden Entwicklungsvorgänge im Sinne einer Auflockerung endothymen Grundes (BÜRGER - PRINZ) zu erwägen. Unbestritten ist jedoch die puberale Überformung psychotischer Erscheinungsbilder (NISSEN). Das Entstehen reaktiver Depressionen aus mißglückten Reifungsprozessen ist beschrieben, Pat.(50) (KRETSCHMER).

O r g a n i s c h e Erkrankungen können die endogenen Depressionen in ähnlicher Weise wie die Pubertät begünstigen. Bei Pat.(25) folgt die depressive Erkrankung nach einer Grippe, bei Pat.(44) nach einer Appendektomie. Unspezifische Infektionskrankheiten wie Grippe stehen nach MEYER an der Spitze auslösender organischer Erkrankungen. Sie zeigen eine Labilität an, die reaktive Belastungen schwerer ertragen läßt (MEYER, HUBER, GROSS, WEITBRECHT). Bei den sich häufig wiederholenden Grippeerkrankungen von Pat.(26) handelt es sich vermutlich bereits um ein phasisches Geschehen im Sinne WEITBRECHTs und nicht um eine den Phasen vorangehende Erkrankung.

Eine E r b b e l a s t u n g wird in der vorliegenden Kasuistik ähnlich den Befunden der Literatur beobachtet.

> Bei den sieben unipolaren Erkrankungen zeigten sich zweimal phasische Schwankungen der Mutter (Pat.(24), (28)).Dabei war Pat.(28)auch durch den Vater belastet.
>
> Bei den sechs endogen-depressiven Jugendlichen mit reaktiven Belastungen fanden sich mehrfach Suizide der Angehörigen, so bei der Mutter von Pat.(39) und den Onkeln von Pat.(41) und (42). Der Vater von Pat.(40) war Alkoholiker.
>
> In der Gruppe der sieben manisch-depressiven Patienten fand sich bei vier Kranken eine familiäre Belastung. Die Mütter der Pat.(33) und (36) sowie der Bruder von Pat.(36) waren bipolar erkrankt. Wiederum bestand in zwei Erkrankungsfällen eine mehrfache hereditäre Belastung (Pat.(32),(36)).

Diese Befunde liegen bei den unipolar - depressiven Erkrankungen mit 28 % zwischen den Ergebnissen von UMENHOF mit 34 % und denen von ANGST mit 26,2 % Gesamtbelastung.

Sie entsprechen auch den Angaben von SLATER, der bei 15 % seiner bipolar Erkrankten eine manisch - depressive Erkrankung der Eltern feststellte. Berücksichtigt man auch die anderen im Erbkreis bipolarer Patienten vorkommenden psychischen Störungen mit, so finden KINKELIN, ZERBIN - RÜDIN, LANGE, BÜRGER - PRINZ eine Belastungsquote von etwa 60 %. Dies kommt den vorliegenden Befunden mit ca. 56% nahezu gleich.
Von den 16 Patienten mit reaktiv - depressiven Syndromen waren fünf familiär belastet.

> Bei den Pat.(45),(50),(56) bestand ein Alkoholismus des Vaters, einmal eine unipolar-phasische Erkrankung einer Tante (Pat.(54)). Allgemeine Reizbarkeit und Neurotisierung fand sich bei den Pat.(37),(46),(51).

Damit findet die Annahme einer endogenen Belastung auch bei reaktiven depressiven Syndromen (SCHEPANK, ANGST) durch diese Kasuistik eine Bestätigung.

Entscheidender als endogene Belastungen sind bei den reaktiven Depressionen jedoch k o n f l i k t h a f t e Zustände, die auch, wenn sie von Kindheit an bestanden haben, erst nach einiger Zeit der "Latenz" zur depressiven Dekompensation führen.

Dabei steht in unserem Patientenkreis die f a m i l i ä r e Situation vor anderen provokativen und belastenden Einflüssen stark im Vordergrund.

> Familiäre Verhältnisse mit emotional gespannter Atmosphäre belasten also besonders zu einer Zeit der Entwicklung, in der die zunehmende Ablösung vom Elternhaus eine innere Distanzierung von familiären Schwierigkeiten ermöglichen sollte. Offenbar ist in vielen Fällen die innere Unabhängigkeit und Sicherheit nicht ausreichend, um bestehende Belastungen zu bewältigen. Bei den zunehmenden Auseinandersetzungen, die mit pubertären Entwicklungskrisen zusammentreffen, ist die Belastungstoleranz gegen reaktive Momente häufig noch vermindert. Deshalb bedarf der Jugendliche bei einer depressiven Fehlhaltung notwendig einer stabilisierenden Hilfestellung.

Schulische und berufliche Belastungen führen besonders dann zu depressiven Entgleisungen, wenn eine depressive

Grundbefindlichkeit besteht.

> Viele der Patienten scheinen eine derartige Disposition zur Depression vorzuweisen, denn nur bei Pat. (23) und (33) war vermerkt, sie seien zuvor fröhlich und lebensfroh gewesen. Diese Aussage findet bei Pat. (33) mit der Anmerkung einer gleichzeitig bestehenden Unsicherheit und Sensibilität jedoch eine Einschränkung. Bei neun anderen Patienten wird auf eine bereits früh erkennbare ängstlich-asthenische Konstitution hingewiesen.

Depressivogen wirkt auch eine verwöhnende Erziehungshaltung, da durch sie Erwartungen geweckt werden, die auf die Dauer nicht erfüllbar sind und somit zu einer depressiven Resignation führen können, Pat.(47). Eine meist gleichzeitig vorliegende emotionale Labilität hat dabei eine verstärkende Wirkung.

Eine e m o t i o n a l e L a b i l i t ä t fand sich vor allem dort, wo keine innere Beziehung zu den Eltern entwickelt werden konnte, bzw. da, wo diese Beziehung gestört war, Pat.(47),(48),(51),(52),(56),(58). Innere Leere und Freudlosigkeit stehen im Vordergrund dieser Depression. Es besteht die Gefahr der Verwahrlosung. Vier der sechs depressiv - labilen Jugendlichen waren drogenabhängig, Pat.(47),(48),(56),(58). Am seltensten fand sich emotionale Labilität bei bipolaren Erkrankungen, auch bei den unmotivierten unipolaren Depressionen war sie nicht häufig, Pat.(36),(38).

> Damit ist ein weiterer Hinweis auf die eher syntone Primärstruktur bipolar Kranker verglichen mit der häufigeren Asthenie unipolar-depressiver Patienten gegeben.
> Bei den unipolar Erkrankten wurde eher von einer ängstlich gehemmten Persönlichkeit mit verzögerter Entwicklung berichtet (Pat.(24),(29),(39),(41),(42)) als bei den bipolar Depressiven (Pat.(30),(32)).

Bei allen Fällen reaktiver und neurotischer Depressionen blieb die Labilität im weiteren Verlauf der Erkrankung erhalten, zum Teil verstärkte sie sich, Pat.(3),(6),(47),(48),(56),(58).

Eine analoge Pertinenz in der Charakterstruktur über

längere Zeit hinweg zeigte sich auch bei der Ä n g s t l i c h k e i t . Hier ergab sich noch deutlicher als bei der Labilität eine Steigerung ihrer Intensität, Pat.(48),(53),(57).

> Prämorbide Ängstlichkeit steigerte sich bei Pat.(39) zu einer manifesten Lebensangst mit Initiativelosigkeit.
> Bei zwei unipolar-depressiven Jugendlichen (Pat.(24), (29) stellt sich bei prämorbider Gewissenhaftigkeit und Ängstlichkeit später eine angstvolle Agitiertheit ein.
> Die prädepressive Gehemmtheit führt bei Pat.(54) bis zu einem suizidalen Rückzug aus dem Leben.

Schon bei einer ersten Übersicht über die Kasuistik pubertärer Depressionen fällt auf, daß eine Weiterentwicklung der Symptomatik zu größerer M a n n i g f a l t i g k e i t stattgefunden hat.

> Zustände mit Hemmungserscheinungen wechseln mit gereizter Dysphorie und Verzweiflung (Pat.(29)), der Antrieb läßt nach (Pat.(23)).
> Tief depressive Patienten unternehmen Bußmärsche (Pat.(36)),
> brechen die Lehre ab (Pat.(34),(35),(36),(42)), sind aggressiv (Pat.(47),(48)).
> Hartnäckige, wiederholte Suizidversuche stehen neben ausgeprägter Lebensangst (Pat.(24),(25),(42)).

LEMPP, BÜRGER - PRINZ, CARLSON u.a. verweisen auf die Ähnlichkeit zur Schizophrenie.

> Auch Pat.(35) zeigt deutliche Anklänge an eine schizophrene Symptomatik.

Eine Annäherung der depressiven Krankheitsbilder an die des Erwachsenenalters ist auch in der vorgelegten Kasuistik feststellbar. NISSEN, ZEH, ZAL, v.STOCKERT u.a. haben darauf in vielen Veröffentlichungen verwiesen.

Relativ schlagartig nimmt die Zahl tief depressiver Hemmungszustände in endogenen Erkrankungen wie bei Pat.(23) und depressiver Niedergeschlagenheit in reaktiven depressiven Syndromen wie bei Pat.(44),(45) zu. Über die Symptomatik der Präpubertät sind die depressiven Syndrome zum Teil hinausgewachsen. Vor allem ist eine Abnahme der de-

pressiven Phantasien und der Zwangssymptome zu beobachten.

Andere Symptome wie vor allem die Agitationstendenzen, Ängstlichkeit und Labilität bleiben weiterhin bestehen. Verglichen mit den rein depressiven Zuständen der Niedergeschlagenheit und Hemmung treten sie sogar weit häufiger auf als diese.

Im folgenden seien die Schwerpunkte der verschiedenen Entwicklungsjahre, wie sie sich in der vorliegenden Kasuistik zeigen, vorgestellt.

Mit 14 Jahren sind bei nahezu allen Jugendlichen in mehr oder minder starkem Maße agitative Tendenzen in der Symptomatik feststellbar.
Vermehrt werden hypochondrische Beschwerden wie Armschmerzen und Schwindelgefühle geäußert, Pat.(43),(44).
Bereits in diesem Alter sind Depressionen mit Drogenmißbrauch, Pat.(47) wie mit suizidalen Impulsen, Pat.(44), kompliziert.
Bei drei Jungen und Mädchen ist das Initialstadium ihrer phasisch - endogenen Erkrankung in diesem Alter noch nicht in psychotischer Intensität ausgebildet. Dieses Stadium wird als kurzzeitige Nervosität,Pat.(29), als Nervosität, die zu einem Gebrauch von Beruhigungsmitteln veranlaßt, Pat.(30) sowie als protrahierte Grippeerkrankung,Pat.(26) erlebt.
Insgesamt erscheint in dieser Altersstufe ein wechselndes, oft "gemischt" agitativ - depressives Bild. Alle Merkmale der Depressivität 14 - jähriger findet sich auch in den weiteren Entwicklungsjahren.

Mit 15 Jahren werden bei den Patienten (25),(27), (29),(32) wiederum Agitationszustände beobachtet. Paranoische Erscheinungen treten besonders bei den länger verlaufenden unipolaren, Pat.(27) wie bei den manisch - depressiven Psychosen auf, Pat.(31),(39). In Übereinstimmung mit KAHLBAUM, HECKER, KRETSCHMER u.a. überwiegen die akustischen Trugwahrnehmungen mit der Angst vor einem Beobachtetwerden.

Die Suizidthematik und die Neigung zu depressiven Dekompensationsreaktionen bahnt sich an, mit 16 Jahren erreichen sie einen ersten Höhepunkt.

Mit 16 Jahren treten vermehrt Einsamkeitsgefühle und Niedergeschlagenheit wie bei Pat.(28),(40),(42) auf, ebenso depressive Denkhemmung, Grübelneigung und Philosophieren über den Sinn des Lebens bei Pat.(34),(28).
Drei Jungen aus der Gruppe der sieben reaktiv - depressiven Jugendlichen zeigen suizidale Absichten, Pat.(46), (48),(49).
Perimenstruelle Stimmungsschwankungen werden wahrgenommen, Pat. (51).
Hypochondrische Befürchtungen betreffen die Angst vor einem unheilbaren Leiden bis zur Karzinophobie bei Pat. (51). Bei Mädchen beziehen sich die Ängste auf mangelnde erotische Attraktivität wie bei Pat.(13),(40), bei Jungen auf ein mögliches sexuelles Versagen, Pat.(42).
Bei der Vielzahl möglicher vegetativer Symptome ist die Anorexia, besonders bei Mädchen wie bei Pat.(52) charakteristisch.
Die Vielfalt der depressiven Symptomatik zeigt sich auch in den folgenden Jahren der Pubertät mit individuell unterschiedlich differenzierten Erscheinungsbildern.

Mit 17 Jahren sind wiederum Agitationstendenzen vor allem in manischen Phasen auffindbar, Pat.(36). Depressionen dieses Alters stellen häufig erste Rezidive einer mit 15 Jahren beginnenden phasischen Erkrankung dar, Pat.(25),(27),(32).

Mit 18 bis 21 Jahren verbinden sich depressive Zustände mit Herabstimmung und Suizidversuchen, Pat. (41),(32),(34),(35),(42) aber auch mit agitiert - manischen Antriebssteigerungen, in der vorliegenden Kasuistik häufiger bei Jungen wie bei Mädchen, Pat.(33),(35).
Bei den phasisch - endogenen Depressionen setzen sich die Symptome der Initialstadien in den Phasen dieser Altersstufe oft gesteigert fort:

Ängstlichkeit wird zur Gefühllosigkeit(Pat.(27)), Kontaktarmut und Lebensangst führen zu einem Rückzug mit Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Ratlosigkeit bei suizidaler Gefährdung (Pat.(24)) und vollendetem Suizid (Pat.(42)).
Starke Nervosität und Angstzustände entwickeln sich zu paranoischen Ängsten des Beobachtetwerdens (Pat.(30)).
Zu einer Dysphorie kommen schwere Insuffizienzgefühle und Getriebenheit bis zum Gehetztsein (Pat.(29)).
Die psychische Labilität ufert in Ansprüchlichkeit und Sich-gehen-lassen aus (Pat.(26)).

P u b e r t ä t und A d o l e s z e n z sind also nach der vorliegenden Kasuistik k e i n k o n t i n u i e r l i c h a b l a u f e n d e r E n t w i c k l u n g s p r o z e ß. Das entspricht auch den Feststellungen von BUSEMANN.

Er fand eine Erregungsphase im 13. bis 14. Lebensjahr, an die sich eine Beruhigungsphase bis zum Ende des 17. Lebensjahres anschließe.
Auf diese folge wiederum eine etwa einjährige Erregungsphase mit der Neigung zu Pubertätskrisen.
Dann jedoch klinge dieser Lebensabschnitt mit einer Beruhigungsphase aus.

Auch AMES wies, gestützt auf Ergebnisse des ROHRSCHACH - Versuchs, auf einen in dialektisch wechselnden Etappen ablaufenden Pubertätsverlauf hin.

Mit 10 Jahren zeige sich der Junge wie das Mädchen introvertierter und kritischer, aber auch unsicherer in seiner Anpassungsfähigkeit.
Dies gleiche sich mit 12 Jahren aus.
Mit 13 Jahren werde der junge Mensch wieder zurückhaltend und empfindlich,
ab 14 Jahren seien"Antriebszuschuß" mit Erlebnishunger typisch.
Ab 15 Jahren überwiegen dann wieder Zurückgezogenheit und Nachdenklichkeit.
Ab 16 Jahren sei der Reifungsprozeß dem endgültigen Aufbau der Person nahe gekommen.

Was bedeuten diese unterschiedlichen Schwerpunkte im Verlauf der Pubertät für die Depressionen ?

Zunächst zeigt sich, in welch vielfältigen Ausformungen die Depressivität bei einem Menschen zu verschiedenen Zeiten erscheinen kann. Jede Entwicklungsstufe läßt eine an-

dere altersabhängige Ausprägung desselben individuellen Grundthemas der Depressivität zu. Vertiefungen und Änderungen des Erscheinungsbildes, die nicht unbedingt auf eine Änderung der äußeren Situation Bezug nehmen, weisen auf eine im Entwicklungsprozeß sich wandelnde innere Situation hin. Deshalb wird bei der prognostischen Beurteilung eines depressiven Zustandes bei Kindern und Jugendlichen Vorsicht geboten.

Nicht jede Reifungskrise ist jedoch bereits eine manifeste Depression. Auch eine mit vertieften Stimmungsschwankungen einhergehende puberale Krise ist nach WINZENRIED grundsätzlich von den krankhaften phasischen Erscheinungen oder der Zyklothymie zu unterscheiden.

Der Schluß von einer entwicklungsbedingten Erregungs- oder Beruhigungsphase auf eine stärkere oder verminderte Disposition zu einer manischen oder depressiven Erkrankung ist nicht möglich. Eher scheint eine vermehrte Anfälligkeit für eine reaktiv - neurotische Depression in der Zeit der Pubertätskrise, also um das 17. Lebensjahr gegeben.
In dieser Zeit nahmen die suizidalen Tendenzen besonders bei den neurotisch - reaktiven, nicht aber bei den endogenen Depressionen auffällig zu, Pat.(45),(46),(48),(49).

Als a l t e r s a b h ä n g i g e E i g e n h e i t e n der depressiven Syndrome in der Pubertät zeichnen sich nach der vorliegenden Kasuistik ab:
Die depressive N i e d e r g e s c h l a g e n h e i t ist nachhaltiger als in der Präpubertät. Sie entspricht schon weitgehend dem adulten Erscheinungsbild und wird bei den gehemmten depressiven Erkrankungen, Pat.(28) wie an den reaktiv verursachten depressiven Syndromen, Pat. (44),(49),(52),(54) deutlich. Neben der typischen Bedrücktheit zeigen sich in der Stimmung auch Tagesschwankungen.
A n t r i e b s s c h w ä c h e und erschwerte Denkabläufe wie bei den Pat.(28),(50) begründen eine herabge-

setzte Leistungsfähigkeit.

I n s u f f i z i e n z e r l e b n i s s e verbinden sich häufig mit einer pubertären Minderwertigkeitsthematik, Pat.(29),(34),(39),(41),(42),(50),(54),(58).

D y s p h o r i s c h e und g r ü b l e r i s c h e Z ü g e können zu "uferlosen" metaphysischen Gedankengängen führen (KRETSCHMER), aber auch zur Isolierung von Familie und Freundeskreis, Pat.(28),(41),(42),(48),(50).

> ESQUIROL (1838) beschrieb diese dysphorischen depressiven Verstimmungszustände, in denen "die Mädchen ... übelgelaunt, nachlässig sich gehen lassen, gleichgültig gegen alles werden ... manchmal, ohne es zu wollen, Tränen vergießen, die ihr Leiden und ihren Trübsinn momentan beruhigen. Manche Knaben befinden sich im Zeitpunkt der Reife in einer ähnlichen Verfassung".

Die Dysphorie entsteht durch pubertäre Stimmungsschwankungen ebenso wie aus der im Jugendalter besonders ausgeprägten Neigung zur A g i t a t i o n , die zur depressiven Herabstimmung hinzutritt. Sie bezieht motorische und vegetative Abläufe,bei Mädchen als Nervosität, bei Jungen als Sprunghaftigkeit, mit ein und führt zu Mischbildern einer gereizten Verstimmung bis zur Ratlosigkeit und Verzweiflung, Pat.(24),(29),(42),(48),(58).
Durch die agitierten Zustände wird die vielfach beschriebene A t y p i e pubertärer Depressionen, ihre Nähe zu manisch - depressiven, aber auch zu schizophrenen Krankheiten verständlich, Pat.(32),(35),(v.STOCKERT,CARLSON).

Hinter den agitierten Zuständen stehen oftmals depressive A n g s t e r l e b n i s s e . Leistungs- und Versagensängste, aber auch die Angst vor einer ungewissen Zukunft, die sich zur Existenzangst steigern kann, sind anzutreffen, Pat.(24),(25),(28),(30),(31),(42),(43),(48).
Schuldängste stehen mit Selbstvorwürfen wegen Leistungsversagen im Zusammenhang, Pat.(29),(32),(34),(NISSEN).

Verlust- und Trennungsbefürchtungen der Kindheit und Präpubertät treten zurück. Die in den Depressionen Erwachse-

ner so häufig auftretenden Verarmungsängste finden sich nicht.

Hypochondrische Ängste stehen oftmals im Mittelpunkt einer jugendlichen Depression. Sie beziehen sich auf die leibliche Unversehrtheit, Pat.(25) ebenso wie auf Insuffizienzbefürchtungen im sexuellen Bereich, Pat.(13),(40),(47).

> "Sie können Ausdruck der Existenzangst, aber auch psychotischer Veränderungsbefürchtungen sein." (v.STOCKERT). Nach REMPLEIN werden sie durch eine intensive Beschäftigung des Jugendlichen mit sich selbst und durch seine sinnenhafte Erfahrung der eigenen Körperlichkeit und Existenz begünstigt.

Hypochondrisch - depressive Störungen äußern sich neben Angstzuständen auch in somatischen Beeinträchtigungserlebnissen einer Kraftlosigkeit, Pat.(26), in Schmerzempfindungen bei Pat.(43) und anderen vegetativen Symptomen.

Die v e g e t a t i v e Symptomatik ist vielfältig wie bei Pat.(55). Eine bedeutsame in der Pubertät und vorwiegend bei Mädchen vorkommende vegetativ - depressive Störung stellt das a n o r e k t i s c h e S y n d r o m dar, Pat.(23),(45), das in Einzelfällen den Beginn einer psychotischen Entwicklung ankündigen kann (MALE). In ihm kommt die Ablehnung der sich vollziehenden körperlichen Veränderung und zum Teil auch der Familie zum Ausdruck (KRETSCHMER).

S u i z i d v e r s u c h e sind in der Pubertät häufig. Sie weisen in der vorliegenden Kasuistik zwei Manifestationsschwerpunkte um das 17. Lebensjahr und um die Zeit der Adoleszenzkrise auf.

Dabei fällt auf, daß im 17. Lebensjahr wie in der Präpubertät alle Suizidversuche von Patienten mit reaktiven und neurotischen Depressionen unternommen werden. Vier von acht Jugendliche dieser Depressionsgruppe versuchen einen Suizid, Pat.(45),(46),(48),(49). Im Gegensatz zu den reaktiven Depressionen in der Präpubertät überwiegen nun nach der vorliegenden Kasuistik männliche Jugendliche.

Die Suizidabsichten im Rahmen der endogenen Erkrankungen werden eher in der Zeit der Adoleszenzkrise in die Tat umgesetzt, Pat.(26),(33),(34),(35),(41),(42), neben den weiterhin ausgeführten Selbstmordversuchen der Patienten aus der Gruppe der reaktiv - depressiven Syndrome, Pat. (44),(54). Wiederum überwiegen die männlichen Jugendlichen.

Im Rahmen endogener Hemmungszustände stellen sich suizidale Akte seltener ein. Meist werden suizidale Absichten bei einer Wiederholung der Phasen deutlich, in welchen dann eine höhere emotionale Belastung durch die bereits erlebte Krankheit vorliegt.

Suizidale Impulse stellen sich bei depressiven Jugendlichen in der Pubertät eher ein, weil in dieser Entwicklungsphase Zustände der Hoffnungslosigkeit und einer depressiven Verstimmung durch die-infolge körperlicher und seelischer Umstellungsvorgänge- gesteigerte Selbstwertproblematik sowie durch die aufkommende Sinnfrage vertieft werden.

Bei den Jugendlichen der vorliegenden Kasuistik erwies sich, daß sich Gefühle der Aussichtslosigkeit bei einer belastenden, sich immer neu wiederholenden, schwierigen familiären oder beruflichen Situation vor allem dann einstellten, wenn eine labile oder kontaktschwache Persönlichkeitsstruktur vorlag, (Pat.(26), (34),(35),(41),(42),(45),(48),(54),(58)).

Die pubertäre Kurzschlüssigkeit wie die dem Zeitgeist zugeschriebene Neigung zu Nihilismus und Sinnentleerung lassen die Hemmung vor einem Suizid zurücktreten, (Pat.(49)).
Die gesteigerte Agitationstendenz der Jugendlichen, ihre Aggressionen, die sich als Bestrafungstendenzen wie als Autoaggressionen äußern geben den notwendigen Antrieb zur Verwirklichung suizidaler Impulse.

Die Unterscheidung zwischen demonstrativen Impulsen und letzter Ernsthaftigkeit ist nicht immer möglich (NISSEN).

Permanenter A l k o h o l - und D r o g e n m i ß - b r a u c h kann auch bei Kindern und Jugendlichen als ein lange hingestreckter Selbstmord angesehen werden (NISSEN). Dies kommt besonders bei Pat.(48) zum Ausdruck, der im Anschluß an seinen Suizidversuch drogenabhängig wird.

Der Gebrauch von Drogen und Alkohol dient oft dem Versuch der Selbsterhöhung wie der mißverstandenen Selbstheilung, Pat.(58),(GEHRMANN, GÄDECKE). In der Kasuistik wurde Drogenabhängigkeit nur bei Jugendlichen mit reaktiv - depressiven Syndromen und vegetativer Labilität beobachtet, Pat.(47),(48),(56),(58).

> Im Rausch sollen Depressionen und paranoide Ängste gemeistert werden. Zu ihrer Beseitigung nutzt der Depressive manische Mechanismen (GÄDECKE).
> Zu bedenken ist, daß durch die Drogeneinnahme depressiv-apathische Zustände sowohl pharmakotoxisch wie reaktiv entstehen.

D e l i n q u e n z kann bei depressiven Jugendlichen den Versuch darstellen, z.B. bei Eigentumsdelikten, Minderwertigkeitsgefühle abzubauen und im Kreis der Kameraden Anerkennung zu finden. Im vorliegenden Patientenkreis tritt sie nur im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit auf. Bei endogenen Depressionen findet sich Delinquenz kaum, häufiger bei reaktiven depressiven Verhaltensstörungen (v.BAEYER). In der Kasuistik wird Delinquenz in manischen Phasen festgestellt. Sie entspringt dort der Unbekümmertheit und nicht einer dissozialen Haltung, Pat.(33).

Verwahrlosung und Dissozialität mit depressiver Gestimmtheit stellt die Frage nach einer Psychopathie, die mit der neurotischen Depression nicht gleichgesetzt werden kann (SCHMID).

A g g r e s s i v e Ausbrüche und Aggressionshandlungen finden sich nur bei wenigen Jugendlichen. Sie richten sich gegen Familienangehörige, Pat.(42),(47).
In einer Vielzahl von Depressionen werden jedoch autoaggressive Impulse entwickelt, Pat.(24),(26),(30),(33),(34),(35),(41),(42),(44),(45),(46),(48),(49),(54).

Die s e x u e l l e Problematik kommt in hypochondrischen Ängsten wegen einer befürchteten sexuellen Insuffizienz, Pat.(40),(42),(58) oder wegen onanistischer Schuldgefühle, Pat.(2),(14) zum Ausdruck. Vielfach kön-

nen erwünschte Kontakte zu einem Partner wegen der zur Zeit der Krankheit eingeschränkten Kontaktfähigkeit nicht realisiert werden, Pat.(24),(35),(41),(42),(44),(58). Liebesenttäuschungen werden als Ursache für schulische und berufliche Mißerfolge angeführt, Pat.(58).

In zahlreichen Fällen endogen - phasischer Erkrankungen findet sich ein c h a r a k t e r i s t i s c h e r V e r l a u f .
Beginnt die Erkrankung im 15. oder 16. Lebensjahr, so tritt bei fünf von sieben unipolar - depressiven Patienten nach etwa sechs Jahren eine neue Phase um das 21. Lebensjahr auf, Pat.(24),(25),(26),(29),(39).
Auch bei den manisch - depressiven Verläufen besteht in drei Erkrankungsfällen ein mehrjähriges symptomfreies Intervall bis zur Zeit der Adoleszenzkrise, Pat.(30),(33),(34). Setzt die Ersterkrankung etwas später ein wie bei Pat.(34) im 17. Lebensjahr, bzw. bei Pat.(35) im 18. Lebensjahr, so treten die neuen Phasen oft schon etwas früher, im 20. Lebensjahre auf.

Diesen Verlaufsbeobachtungen entsprechend äußert auch BÜRGER - PRINZ "den Eindruck, daß abgesehen von einigen wenigen, die dauernd im Sinne einer Zyklothymie weiter schwanken, auf die Pubertät zunächst eine erkrankungsfreie Zeit folgt, die mindestens bis in die ersten 20er Lebensjahre reicht".

> Erstaunlich ist, daß eine phasenfreie Zeit gerade über die krisenhafte Pubertät hinweg besteht. Möglicherweise werden depressive Krisen, Verstimmungen, zykloide und schizoide Reaktionen nicht sogleich als krankhafte Erscheinungen verfolgt.
> HOFMANN et al. meinen, daß depressive Störungen im Verlauf der Pubertät wieder rekompensiert werden können. Sicherlich kann eine depressive Störung spontan abklingen (KRETSCHMER, MALE).
> Der Reifungsprozeß bedeutet wegen der von ihm bewirkten Veränderung der inneren Verfassung des Pubertierenden auch Heilungspotenz (KRETSCHMER).

Die Zeit um das 20. Lebensjahr stellt für viele Patienten eine zweite Krisenzeit neben der Pubertät dar (UMENHOF).

Nach der psychoanalytischen Lehre ist diese Periode der Adoleszenz mit ihren Identitäts- und Autoritätskonflikten sowie mit sexuellen Krisen (NISSEN) sehr häufig mit neurotischen und psychotischen Störungen verbunden. Dabei wurde in den letzten Jahren ein Symptomwandel von akuten aktiven und hysteriformen Zuständen zu mehr passiv-depressiven Syndromen beschrieben (NISSEN).

LOPEZ IBOR verneinte die Möglichkeit einer P r o g n o s e nach den Krankheitszeichen einer ersten depressiven Störung. Bei den Krankheitsverläufen der Kasuistik folgen auf erste Phasen mit wahnhaften und maniformen Zuständen vielfach lange und schwere depressive Erkrankungen, Pat. (1),(2),(27),(32),(35).

In manchen Krankheitsfällen besteht eine Kontinuität in der Symptomenentwicklung teilweise bis zurück zu den Persönlichkeitszügen der Primärstruktur, Pat.(24),(29),(39),(48),(54),(57).

Da nach der depressiven Phase wieder zur Primärpersönlichkeit zurückgefunden wird (CARLSON), ist es verständlich, wenn Personen, deren Charakterstruktur vor der Erkrankung ausgeglichen war und die innerhalb des Intervalls eine syntone Persönlichkeitsstruktur aufweisen, eine günstigere Prognose zukommt (NISSEN). Nach der Phase fortbestehende Ängstlichkeit und zusätzliche Neurotisierung des Erkrankten können nach REMSCHMIDT mit einem früheren Beginn der folgenden Phasen, einer längeren Dauer und einer größeren Intensität der depressiven Symptomatik in Zusammenhang stehen, Pat.(41),(42).

Jede endogene oder reaktiv - neurotische Depression kann, auch wenn sie zeitlich begrenzt ist, die zukünftige Entwicklung eines Jugendlichen gefährden. Das depressive Geschehen bleibt "ein störender Eingriff in die eben erst in Bildung begriffene neue geistige Entwicklungsstufe" (DREOSNES 1883). Das zeigen die Folgen des Leistungsversagens mit dem Abbruch einer Ausbildung, mehr noch das Ausweichen auf Drogen oder in den Suizid, Pat.(2),(12),(14),(24),(26),(32),(33),(34),(35),(39),(40),(41),(42),

(48),(56)

Psychotherapeutische und soziale Hilfestellungen sind erforderlich, um dem Jugendlichen die Bewältigung seiner Depression zu erleichtern, einen sozialen Lernprozeß anzustoßen und ihn in eine Gemeinschaft zu integrieren. Es ist notwendig, die Stabilität, Belastbarkeit und Ausgeglichenheit des selbstunsicheren und ichschwachen,depressiven Jugendlichen zu erhöhen und damit die Entstehung oder Festigung eines neurotischen Überbaues aus Minderwertigkeitskomplexen und unangemessenen Forderungen gegen sich selbst oder gegen andere zu verhindern.

Die therapeutische und prophylaktische Lithiumbehandlung verbessert die Situation vor allem der manisch - depressiven Kranken mit frühem Beginn und raschem Phasenwechsel ihres Krankheitsgeschehens, Pat.(12),(13),(14),(32),(34). Dennoch ist es trotz Lithiumtherapie nicht immer möglich, einen Suizid zu verhindern, Pat.(33).

V. Pathogenetische und symptomatologische Gesichtspunkte depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter

1. Manifestationszeitpunkt und Häufigkeit

Endogen - depressive Erkrankungen konnten in der Kindheit nicht festgestellt werden. Die früheste phasisch - depressive Erkrankung zeigte sich bei einem 10 - jährigen Jungen. Mit 12 Jahren ergab sich eine erste Zunahme sowohl der depressiven Psychosen wie der nichtpsychotischen Depressionen. Erkrankungen, die in der Präpubertät einsetzten, betrafen vor allem Mädchen und entwickelten später nach mehreren unipolaren Phasen eine bipolare Gangart.

Besonders deutlich war der Anstieg der depressiven Psychosen sodann im 14. bis 15. Lebensjahr mit dem Beginn der Pubertät. Die Anzahl endogener Erkrankungen in der vorliegenden Kasuistik nahm wie bei v.BAEYER etwa um das dreifache zu.

Nach einem meist sechsjährigen, über die Pubertät hinwegziehenden Intervall findet um das 21. Lebensjahr ein vermehrtes Wiederauftreten depressiver Phasen statt, Pat.(24),(25),(26),(29),(39).

Bei den bipolaren, manisch - depressiven Verläufen, die insgesamt wesentlich seltener als die unipolaren Depressionen beobachtet werden, findet ein ähnlich langes Intervall nur selten statt. Diese rezidivierten häufiger und eher als die unipolaren depressiven Zustände.

Schon von dieser Verlaufscharakteristik wie von dem selteneren Vorkommen der manisch - depressiven Erkrankungen in der Kasuistik her kann die heute übliche Trennung der unipolaren von der bipolaren Depression unterstützt werden.
Bei den reaktiven depressiven Störungen wurde ein relativ gleichmäßiger Häufigkeitsanstieg über die gesamte Kindheit und Jugendzeit beobachtet. Schwerpunkte in der Häufigkeit von Erstmanifestationen reaktiver depressiver Syndrome fanden sich im Alter von 6 und 16 Jahren.

BUSEMANN und AMES fanden bei ihren Untersuchungen 16 - jähriger eine Neigung zu depressiven Vorstellungsinhalten. Katamnestische Angaben über den Beginn depressiver Störungen datieren hingegen meist schon in das fünfte Lebensjahr zurück.

2. Endogene und exogene Belastungen

Bei den phasisch - depressiven Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen wurde eine stärkere familiäre Erbbelastung gesehen als bei den reaktiven depressiven Syndromen. Die Anzahl depressiver Mütter lag dabei höher als die Zahl depressiv gestörter oder erkrankter Väter wie dies auch von NISSEN beobachtet wurde. Es fällt jedoch auf, daß viele Väter Alkoholiker sind.

Patienten mit depressiven Störungen bereits in der

K i n d h e i t sind häufiger familiär belastet als Jugendliche mit entsprechenden depressiven Syndromen in der Präpubertät und Pubertät.

Bei den sechs depressiven Patienten mit depressiven Zuständen schon im Kindesalter liegt dreimal ein depressiver Zustand der Mutter (Pat.(2),(3),(4)) und einmal des Vaters (Pat.(10)) vor.
Bei Pat.(4) besteht seitens der Mutter eine mehrfache endogene Belastung, bei Pat.(6) sind beide Eltern depressiv.
Mädchen und Jungen sind zu etwa gleichen Teilen hereditär belastet.

In der P r ä p u b e r t ä t erweisen sich die bipolaren Erkrankungen stärker endogen belastet als reaktive Depressionen.

Bei Pat.(12) sind beide Eltern endogen belastet.
Bei Pat.(13) finden sich väterlicherseits Gemütserkrankungen, der Vater selbst ist affektiv gleichförmig.
Depressive Störungen der Mutter liegen bei dem endogen-depressiven Jungen (Pat.(11)) und bei der reaktiv-depressiven Patientin (22) vor.

In der P u b e r t ä t zeigen die bipolaren Erkrankungen der Kasuistik entsprechend den Berichten der Literatur mit ca. 60 % endogenen und reaktiven psychischen Störungen im Erbumkreis die stärkste hereditäre Belastung. Es folgen unipolare Depressionen mit 28 % familiärer Belastung, die geringste Erbbelastung lag bei den reaktiv - depressiven Syndromen vor (vgl. KINKELIN, LANGE, ZERBIN - RÜDIN, UMENHOF, BÜRGER - PRINZ).

Bei zwei der sieben manisch-depressiv erkrankten Jugendlichen bestehen bipolare Depressionen bei der Mutter (Pat.(33)) und beim Bruder (Pat.(36)).
Pat.(36) und Pat.(32) sind mit familiären Erkrankungen mehrfach belastet - Bei den Pat.(34) und (35) zeigt die Mutter depressive Schwankungen.

Ebenfalls bei zwei der sieben unipolaren Depressionen treten depressive Schwankungen bzw. Phasen der Mutter auf (Pat.(24),(28)). - Pat.(28) ist zudem väterlicherseits belastet. - Der Bruder von Pat.(26) verübte Suizid.

Bei den insgesamt 16 reaktiven depressiven Störungen

der Jugendlichen besteht einmal eine unipolare Depression einer Tante (Pat.(50)). - Eine depressive Verstimmung der Mutter findet sich hier nur relativ selten (Pat.(50)). - Mehrfach wird von Alkoholismus des Vaters berichtet (Pat.(40),(45),(53),(56)).

Nach CYTRYN reichen schon "milde gemäßigte neurotische Probleme, nicht erst grobe psychopathologische Auffälligkeiten" aus, eine depressive Störung bei den Kindern und Jugendlichen zu induzieren. CYTRYN führt aus, daß in manchen Fällen die depressiven Erkrankungen der Kinder und der Eltern etwa um die gleiche Zeit begonnen hätten. Die Erkrankungen der Eltern gingen denen der Kinder höchstens eine kurze Zeitspanne voraus. In einzelnen Fällen gaben sich die Erkrankungen der Eltern und Kinder wechselseitig immer neue Anstöße. Diese Beobachtungen versteht CYTRYN als Beweis für die reaktive Induktion depressiver Störungen.
REMSCHMIDT fand bei den Kindern endogen - depressiv erkrankter Eltern "wenn man von den Auswirkungen der akuten Phase absieht, auf die Dauer keine nennenswerten psychopathologischen Auffälligkeiten". Ebenso berichtet CORBOZ, daß Kinder, die aus einer depressiv gestörten Familie isoliert werden, relativ rasch ihre depressive Fehlhaltung verlieren, solange diese noch nicht verfestigt ist.

Bei Depressionen findet im engen Zusammenleben mit den Angehörigen eine Art "Infektion" statt (CORBOZ), da die Eltern ihre eigene psychische Gestörtheit in die Erziehung der Kinder hineintragen und diese zu Symptomträgern und Manifestationsobjekten der psychischen Gestörtheit werden. "Das Kind stellt ein sensitives "Barometer" der Familie dar" (PINKERTON). Zwischen dem Krankheitsgrad der Eltern und dem Ausmaß der psychischen Auffälligkeit der Kinder konnte REMSCHMIDT eine Entsprechung feststellen. Kinder endogen - depressiver Eltern, die im Intervall jedoch beschwerdefrei sind, werden weniger auffällig als Kinder aus schwierigen familiären Verhältnissen, in denen die Eltern - Kind - Beziehung durch wiederholte Konflikte belastet ist.

Dies zeigt sich auch bei den Patienten (15),(28).
In der Untersuchung von REMSCHMIDT erweisen sich die Kinder schizophren erkrankter Eltern deutlich auffälliger als die Kinder endogen Depressiver. Diese Ergebnisse decken sich mit den Untersuchungen von GRUNEBAUM,WEISS, u.a.
Nach den Erfahrungen von ASPERGER wie von SCHARFETTER können psychoreaktiv induzierte Zustände sogar psychotisches Ausmaß mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen annehmen. Endogene und exogene Wirkungsfaktoren im depressiven Geschehen überschneiden und ergänzen sich in jeweils individuell wechselndem Ausmaß (ANGST, v.BAEYER, STENSTEDT u.a.)

Familiäre Störungen stehen vor Schwierigkeiten in Schule, Beruf und Freundeskreis im Vordergrund auslösender Momente einer Depression.

In der K i n d h e i t werden akute Ereignisse, die eine kindliche Depression angestoßen haben könnten,nicht angegeben. Auf ungünstige Situationen wird noch nicht bewußt reflektierend mit einer lange andauernden Depression reagiert.

Bei Pat.(9) wirken deprivierende Verhältnisse ein, bei zwei der vier psychogenen depressiven Syndrome bestehen broken home Konstellationen(Pat.(7),(10)).

In der Kasuistik der P r ä p u b e r t ä t treten familiäre Schwierigkeiten im pathogenetischen Geschehen vor allem zu Beginn dieser Entwicklungsphase vorübergehend zurück. Offenbar befindet sich das Kind zu dieser Zeit in einem Stadium relativer Ausgeglichenheit, in der es sich wenigstens teilweise an familiäre Störungen adaptiert hat, wie sich auch die Familie an die depressive Störung des Kindes gewöhnt.

Besonders gegen Ende der Präpubertät wird deutlich bewußter als in der Kindheit auf belastende Situationen reagiert wie auf Nierenmißbildung(Pat.(17)), auf schulische Schwierigkeiten (Pat.(18),(19)), oder auf den Tod des Vaters (Pat.20)), der hier das ein-

zige "broken home" Erlebnis dieser Altersstufe darstellt.

Mit dem Einsetzen der P u b e r t ä t , der Zunahme der Reflexionsfähigkeit der eigenen Situation und dem damit verbundenen Wandel der Bedeutungsgehalte der auf den Jugendlichen treffenden konflikthaften Ereignisse, spielt die Situationspathologie des familiären Milieus eine wichtige Rolle.

Die Jugendlichen leiden stark unter schwierigen, spannungsreichen familiären Verhältnissen; diese führen deshalb häufiger zu depressiven Dekompensationen: (Pat.(6),(39),(40),(44),(45),(46),(51),(53),(56)). Bei reaktiven depressiven Syndromen tritt die Person des Vaters für Mädchen wie für Jungen stärker in den Vordergrund des Erlebens (Pat.(37),(40),(44),(45),(46),(53),(56)). Seine Störungen wie Alkoholismus(Pat.(45),(53),(56)) oder Streitsucht (Pat.(46)) werden vermehrt Anlaß zu konflikthaften Auseinandersetzungen und zu resignativem Rückzug.
"broken home"Konstellationen bestehen mit einem Todesfall der Mutter bei Pat.(52) und mit einer seit 15 Jahren andauernden Trennung der Eltern bei Pat.(57).

Akute auslösende Ereignisse werden in den vorliegenden Anamnesen aller Altersstufen in Übereinstimmung mit SCHULTE kaum gefunden. Entscheidend für die Depressionsentwicklung und die Beschleunigung der Entstehung depressiver Phasen sind nach den vorliegenden Befunden w i e d e r h o l t e oder c h r o n i s c h e belastende Momente, die nicht mehr zu bewältigen sind. Meist treffen beim Zustandekommen depressiver Störungen m e h r e r e negative Ereignisse zusammen.

Zu den chronischen familiären Belastungen kommen akute Konflikte mit den Angehörigen (Pat.(6),(10),(22),(41),(42),(44),(45),(46),(51),(52),(54),(58)), Schul- und Berufsschwierigkeiten (Pat.(28),(43),(48)) sowie Insuffizienzerlebnisse wegen Kontaktschwierigkeiten und mangelnder Attraktivität (Pat.(24),(35),(40),(41),(42),(44),(58)).

Das letztlich die Auslösung der Depression bestimmende Moment ist nach MÜLLER - FAHLBUSCH ein bedeutsamer Faktor, auf den hin sich die Situation zuspitzt. In manchen

depressiven Erkrankungen ist eine "thematische Zentrierung" (HUBER, GROSS) auf das auslösende Moment hin möglich.

Die Entwicklung einer Depressivität beim Kind wird nach der vorliegenden Kasuistik durch "broken home" Situationen mit ihrem Verlust von Sicherheit und Geborgenheit in der Familie begünstigt. Die Bedeutung schwieriger familiärer Verhältnisse ist auch aus einer Studie von STENSTEDT ersichtlich. Er fand bei Kindern und Jugendlichen aus gestörtem und spannungsreichem familiären Milieu eine um 16 % signifikant erhöhte Häufigkeit endogener Depressionen. Beim Jugendlichen treten emotional belastende innerfamiliäre Situationen, Versagenserlebnisse und Konflikte auch außerhalb der Familie in den Vordergrund.

Viele Determinanten bestimmen die Wirkung der exogenen Situation. Ihre Bedeutung variiert mit dem Alter (BECK, SETHI, TUTHILL), mit der Qualität der emotionalen Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern, sie hängt ebenso von der konstituionellen Disposition des betroffenen Kindes oder Jugendlichen ab.

3. Prämorbide Persönlichkeitsstruktur

Die Primärpersönlichkeit steht als Bindeglied zwischen den konstitutionellen Faktoren, die sich mit familiären und soziokulturellen Einflüssen verbinden und der manifesten Depression. Die frühzeitige Erkennung einer Depressionsneigung wie die Verfolgung der Kontinuität einer depressiven Lebensentwicklung ist hier von besonderem Interesse.

In der K i n d h e i t wird kaum über prämorbide Persönlichkeitszüge berichtet, die meisten Angaben entstammen katamnestischen Erhebungen. Die Zeichen der Gedrücktheit, "stilles Kind" sind mehrfach mit Ängstlichkeit, Nervosität und Kontaktstörungen verbunden (Pat.(2),(3),(5)). - Pat.(5) wird später als schon immer sensibel, schreckhaft und nie glücklich bezeichnet. - Die Pat.(2),(3) und (41) werden als gehemmt und vor allem kontaktgestört beschrieben.

Die Kontaktschwäche wird im weiteren Krankheitsverlauf zum führenden Symptom (Pat.(2),(3),(5)).

Für keines der Kinder wurde Lebensfreude oder Heiterkeit berichtet. Manche Kinder erscheinen als primär unauffällig,(Pat.(1),(4)).

Bei drei (Pat.(2),(3),(6)) der vier (Pat. (2),(3),(5), (6)) bereits prämorbid im Vorfeld einer Depression stehenden Patienten bestehen mit einer depressiven Störung oder Erkrankung vor allem der Mutter, belastende Momente. Hieraus könnte auch, wie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Literatur beschrieben, auf eine iduktive Wirkung der mütterlichen Depressivität geschlossen werden, (CORBOZ, CYTRYN, GRUNEBAUM, ASPERGER).

Im Unterschied zu prädepressiven Entwicklungen in der Kindheit fanden sich in der P r ä p u b e r t ä t mit Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit Bezüge zu anankastischem Verhalten (Pat.(11),(12),(16)). Nur bei einem Patienten wird von vorheriger Heiterkeit berichtet, obgleich der Vater endogen-depressiv - mehrmals mit ausgeprägten depressiven Phasen - erkrankt war (Pat.(15)).

Wie bei den reaktiven depressiven Syndromen der Kindheit sind bei den entsprechenden Störungen der Präpubertät kaum von vorangehenden Auffälligkeiten berichtet. Nur Patient (21) wird als still und zurückgezogen geschildert.
Ebenso besteht in dieser Entwicklungsphase eine weitgehende Unauffälligkeit in den primärpersönlichen Wesenszügen sowie eine reaktive Mitbeteiligung an ihrer Entstehung durch die Persönlichkeit der Eltern (Pat.(11), (12),(13),(22)).
Prämorbide Züge bestanden wiederum in Gehemmtheit und einer verminderten Belastungsfähigkeit (Pat.(11),(12), (13)).

Die Wesenseigentümlichkeiten von in der P u b e r t ä t erkrankten Jugendlichen sind deutlicher ausgeprägt.
Die Variationsbreite pubertärer Primärpersönlichkeit schließt alle vorher in der Kindheit und Präpubertät berichteten prädepressiven Anzeichen mit ein.

So finden sich ebenfalls eine in Beziehung zu anankastischen Strukturen stehende Gewissenhaftigkeit (Pat.(24), (29),(32),(33)).
Etwas häufiger werden - im Zusammenhang mit sexuellen Kontaktwünschen - Kontaktschwächen erlebt, so bei Pat. (24),(41),(42),(57)) und zwar mehr bei reaktiven als bei endogenen Depressionen. Kontaktschwäche ist mit gesteigerter Sensibilität bis zur Überempfindlichkeit (Pat. (24)),mit dem Gefühl des Außenseiterdaseins (Pat.(41), (42),(58)) und mit Ängstlichkeit (Pat.(42)) verbunden.
Bei fünf der sieben kontaktgestörten jugendlichen Patienten liegen ungünstige familiäre Verhältnisse (Pat.(40), (41),(44),(57)) vor.

Viele Patienten wirken zurückgezogen und gehemmt(Pat.(24),(39),(45),(57),(58)). Nahezu alle diese Patienten sind hereditär (Pat.(24),(39),(54)) oder durch schwierige familiäre Situationen (Pat.(45),(57),(58)) belastet.
Von prämorbider Ängstlichkeit wird im Gegensatz zu Befunden der Kindheit und Präpubertät kaum mehr berichtet. Eine Ausnahme ist Pat.(42).

Über Nervosität wird weiterhin berichtet. Sie geht vor allem den später mit Agitation einhergehenden Erkrankungen (Pat.(29),(30)) voraus.

Häufiger als zuvor in der Präpubertät leitet eine emotionale Labilität vorzugsweise bei reaktiven depressiven Syndromen in die depressive Störung ein (Pat.(3),(26),(36),(47),(48),(51),(56),(58)).

Ein labiles seelisches Gleichgewicht und eine Persönlichkeitskonstellation der Ängstlichkeit und Gehemmtheit sind Wesenszüge, die zu einer späteren Depression disponieren. Die sich in ihnen äußernde Ich-Schwäche (DIATKINE, LEBOVICI) läßt immer wieder auf eingeschliffene Reaktionsmuster zur Bewältigung von Konflikten zurückgreifen und individuelle Fehlhaltungen der Ängstlichkeit, Gehemmtheit und Labilität fortführen. Eine prädepressive Ich-Schwäche äußert sich für die Umwelt als verminderte Konflikt- und Belastungsfähigkeit (EGGERS, TELLENBACH). Sie kann auch vorliegen, wenn die Patienten ein unauffälliges Verhalten zeigen.

Die Neigung zu einer Depression kann sich nach CYTRYN lediglich in depressiven kindlichen und jugendlichen Phantasieinhalten niederschlagen. Nach vier Monaten beobachtete er allerdings bei allen diesen Patienten eine deutlich ausgeprägte Depression.

Nach DWECK kann eine "gelernte Hilflosigkeit" in der Kindheit einer Depression vorausgehen, selbst wenn sonstige prädepressive Verhaltensweisen nicht aufzufinden sind.

Die Tatsache, daß nur wenige Patienten als primär heiter oder unauffällig gelten, läßt auf eine vielfach bestehende prädepressive Persönlichkeitsentwicklung schließen.

Nur etwa ein Drittel endogen-depressiver Patienten in der Kindheit (Pat.(4)), etwa die Hälfte der Patienten in der Präpubertät (Pat.(14),(15),(16)) und in der

Pubertät (Pat.(23),(25),(28),(29),(30),(31),(36),(37),(38)), werden als primär unauffällig bezeichnet.

BÜRGER - PRINZ beobachtete ebenfalls bei nur einem Drittel endogen-depressiver Kinder prämorbide Unauffälligkeit.

Die Beziehung von prädepressiver gesteigerter Gewissenhaftigkeit zur Depressivität wurde immer wieder dargelegt (ABRAHAM, SCHULTZ - HENKE, TELLENBACH, DÜHRSSEN).

Prädepressive Hemmung und Kontaktschwäche ziehen sich im weiteren Krankheitsverlauf konstant fort.

Der Anstieg prämorbider Störungen in der Pubertät dürfte mit der Zunahme depressiver Ereignisse in dieser Zeit ganz allgemein korrelieren. Depressive Grundhaltungen sind nun deutlicher erkennbar mit der Persönlichkeitsstruktur verwoben.

Bei der Mehrzahl der prädepressiv auffälligen Patienten liegen starke endogene und exogene familiäre Belastungen vor, wobei die induktive Wirkung endogener Erkrankungen der Eltern als reaktiver Einfluß bei der Gestaltung der Persönlichkeitszüge zu bedenken ist, Pat.(2),(6),(11),(12),(13),(24),(32),(33),(39),(41),(42).

4. Erscheinungsbild und Verlauf der depressiven Erkrankung

Prädepressive Wesenszüge und die Erscheinungsbilder der verschiedenen depressiven Erkrankungen und Störungen stehen nach den vorliegenden Befunden nicht sinn- und beziehungslos nebeneinander. Sie sind nicht willkürlich und zufällig aus dem Leben des Patienten aufgegriffen, sondern erweisen eine Kontinuität der subjektiven Lebensgeschichte, auf die bereits K.SCHNEIDER, PIEPER, NISSEN u.a. sowie Ergebnisse aus der Zwillingsforschung SCHEPANK u.a.) hinwiesen. Durch Entwicklung und Reifung erfährt sie Modifikationen und gewinnt an Symptomenbreite.

Die Steigerung der Intensität und des Ausmaßes der Sym-

ptomatik wird durch das Einschleifen depressiver Verhaltensmuster wie durch die Hinzunahme adulter Depressionssymptome bewirkt. Reifungskrisen, vor allem zur Zeit der Adoleszenz, verschärfen die depressive Problematik und damit die depressive Symptomatik.

Prämorbide G e h e m m t h e i t steht in Beziehung zu Isolationstendenzen und depressivem Rückzug, zu vielfältigen Kontaktstörungen mit Außenseitergefühlen und Benachteiligungserlebnissen, Insuffizienzbefürchtungen und Minderwertigkeitsproblemen (Pat.(2),(12),(21),(41),(42),(54),(58)).
Übergänge zu paranoischen Beziehungsideen und Eifersuchtsreaktionen sind möglich (Pat.(2),(12),(27),(30)).

K o n t a k t s t ö r u n g e n ziehen die ausgeprägtesten depressiven Erscheinungsbilder und nihilistischen Vorstellungen nach sich. Absonderungstendenzen können sich bis zur Suizidalität steigern (Pat.(21),(24),(41),(42)). Fluchtneigung äußert sich in Hinwendung zu Pseudoreligiosität, Drogensucht und Alkoholismus, auch in Kontaktsucht mit allen ihren Gefahrenmomenten eines Anschlusses an jugendliche Banden sowie in Fortlaufreaktionen (Pat.(6),(13),(41),(47,(48),(49),(55),(56),(58)).

Übersteigerte G e w i s s e n h a f t i g k e i t und Ordentlichkeit geht bei Pat.(11) initialen Zwangsphänomenen und späterer depressiver Hemmung voraus.

Prämorbide Á n g s t l i c h k e i t entwickelt sich in der Initialphase der Depression zu Angst (Pat.(24),(29),(30),(31)). Diese steigert sich in weiteren Phasen bis zur manifesten Lebensangst (Pat.(2)), bis zur ratlosen Gehetztheit (Pat.(24),(29)) und führt ebenfalls bis zu paranoischen Befürchtungen.

Die individuelle Färbung der Symptomatik, welche auch bei einer Weiterentwicklung der Symptomatik bestehen bleibt, ist in der syndromal - phänomenologischen Typologie erfaßt.

Das d e m ü t i g - s t i l l - r e s i g n i e r t e Syndrom fand sich in der vorliegenden Kasuistik mit 21 % häufiger als das zu 15 % vorliegende g e h e m m t - a p a t h i s c h - v e r l a n g s a m t e Syndrom.
Bei NISSEN zeigte sich mit 27 % des erstgenannten Syndroms zu 24 % des zweiten typisch depressiven Syndroms eine ähnliche Relation.

Diese beiden Syndrome zusammen überwiegen bei NISSEN mit 51 % die depressiven Syndrome mit Ängstlichkeits-

zuständen. Depressive Syndrome mit Ängstlichkeit oder Angst kamen in der Kasuistik mit insgesamt 40 % den Syndromen ohne Angstzustände mit zusammen 36 % zahlenmäßig etwa gleich.

Das Syndrom mit anankastisch - phobischen Zuständen ist bei NISSEN nicht besetzt. In der Würzburger Klinik wurden phobische Zustände nicht beobachtet. Anankastische Auffälligkeiten zeigten hier zwei Patienten der Präpubertät (Pat.(11)).

Typisch depressiv gehemmte Syndrome steigen in der Würzburger Kasuistik erst in der Präpubertät und besonders in der Pubertät an, während vorher bei den meisten Patienten Angstsymptome und Ängstlichkeit mitbeteiligt waren.

Ängstlichkeit zeigt sich in der vorliegenden Kasuistik gleichmäßig in allen Altersstufen sowohl bei den depressiven Verstimmungen und psychoreaktiven Depressionen wie bei den endogen-depressiven Erkrankungen.

Das vegetativ-hypochondrische Syndrom ist stärker besetzt als das dysphorische. Dysphorische Stimmungszustände steigen in der Pubertät an. Dies entspricht auch den Mitteilungen von NISSEN.

In den meisten Krankheitsverläufen bleibt die individuelle syndromale Ausrichtung des Erscheinungsbildes über verschiedene Entwicklungsphasen erhalten. Bei NISSEN zeigte sich in 63 % seiner Nachuntersuchungen eine Übereinstimmung zwischen Erst- und Folgesyndromen.

Dennoch sind Syndromwechsel zwischen Syndromen mit engen Beziehungen zueinander zu beobachten. Sie können durch Entwicklungsprozesse angestoßen sein.

In der vorliegenden Kasuistik vollzogen sie sich zwischen ängstlichen und gehemmten Syndromen (Pat.(20), (29),(30)).
Bei Pat.(11) fand ein Wechsel vom anankastischen zum gehemmt-depressiven Erscheinungsbild statt.
Einmal ging ein hypochondrisches Beschwerdebild in eine mit Zukunftsängsten einhergehende Depression über (Pat.(29)).
Bei älteren Kindern und bei Jugendlichen stellten sich häufiger Wechsel zwischen ängstlichen und vegetativen Zuständen dar (Pat.(5),(24),(28)).
Bei Pat.(26) entwickelten sich vegetative Beschwerden zu einer Dysphorie.
NISSEN fand das vegetative Syndrom häufig an Syndromwechseln beteiligt.

Mit zunehmendem Alter stiegen die Tendenzen zu einem Syndromwechsel bei Pat.(5),(26),(29) kontinuierlich an.

Der Wandel der Symptomatik im Rahmen der Entwicklungsprozesse sei im folgenden kurz umrissen.
Er kann an verschiedenen Symptomen verfolgt werden:

Die frühesten Erscheinungsbilder des K i n d e s a l t e r s bestehen in einfachen vegetativen Störungen wie Appetit- und Schlafstörungen, Enuresis und Enkopresis, die sich bei einem insgesamt "stillen", wenig lebhaften Kind, Pat.(3),(8) und (9) einstellen.
Für die spätere Kindheit wird auch von trauriger Bedrücktheit, von Außenseitergefühlen und Kontaktängsten berichtet, Pat.(2),(5),(6).
Bei nahezu allen Kindern bestehen neben psychosomatischen Depressionsäquivalenten einfache mentale Beeinträchtigungen (BECK).

Da Depression vor allem eine Hemmung des subjektiven Wollens darstellt, kann sie im Kleinkindalter mit seiner noch weitgehend fehlenden aktiv-intentionalen Willensbildung noch kaum beobachtet werden.
Das depressive Kind reagiert mit Ängstlichkeitszuständen, erscheint schreckhaft und konzentrationsschwach (Pat.(1),(2),(5),(10)).

Auf eine überstarke Angst kann im nächsten Stadium depressive Resignation folgen (BOWLBY). Angst kann sich jedoch auch sekundär unter eine Depression mischen und so eine Trauer zu agitierter Verzweiflung, eine Hemmung zu gespannter Starre wandeln (BUMKE), (Pat.(20),(52)).

Angst und Depression zeigen in der Kindheit pathogenetisch enge Beziehungen zueinander (STUTTE, SPIEL). Ängstlichkeit nimmt auch bei NISSEN mit 61,9 % den zweiten Platz der Prozentrangliste aller Depressionssymptome seiner Patienten ein. Überdurchschnittlich häufig ist sie bei Einzelkindern vertreten (BECK, LEMPP).

Bei psychotisch anmutenden Angstepisoden, die im Alter von 9 - 10 Jahren zu differentialdiagnostischen Erwägungen gegenüber einer Depression Anlaß geben, (Pat.(4),(15)), ist zu bedenken, daß ein Kind im all-

gemeinen zu heftigeren Reaktionen neigt wie der Erwachsene. Seine noch unvollständige Kenntnis der Realität, sein Bezug zu einem magisch verstandenen Weltbild begünstigen die Entwicklung von phobischen Befürchtungen, paranoischen Bedrohungserlebnissen und Existenzängsten.
Gerade die paranoische Unterlegung einer Depression wurde in den hiesigen Depressionserkrankungen mehrfach beobachtet(Pat.(1),(2),(5),(15),(16),(30),(31)).

Mißt man diese ungezügelten, "psychotischen" Ausbrüche an Kriterien, die für den Erwachsenen gelten, so führt dies leicht zu einer Fehleinschätzung des Zustandsbildes und des anschließenden "Heilungsprozesses". Ein psychotisch anmutendes Kind muß noch lange nicht endogen-psychotisch erkrankt sein. Unter dem "Deckmantel" des Psychotischen kann sich auch lediglich eine Reifungskrise vollziehen.

In der P r ä p u b e r t ä t erscheinen dem Erwachsenenalter mehr angeglichenere Ausdrucksformen der Depressivität mit depressiver Hemmung, Pat.(11),(12),(14) und depressiven Schuldgefühlen, Pat.(11). In den psychoreaktiven Depressionen tritt zunehmend depressive Resignation im Zusammenhang mit Schwierigkeiten und Konflikten in Familie und Schule auf, Pat.(18),(22).
Depressive Ängste, die einen Bezug zu Entwicklungskrisen erkennen lassen, werden zuweilen in Form von "Stimmen" laut, Pat.(15),(16).
Deutlicher als in der Kindheit sind Ängste auf bevorstehende Anforderungen und Schwierigkeiten wie auf die Zukunft allgemein bezogen, Pat.(17),(18),(19),(20),(21),(22).
Es läßt sich mehrfach die Neigung zu phantasiehaften Erlebnissen beobachten, Pat.(13),(15),(16).

Zwangssymptome kommen hinzu, Pat.(11). Bei einem abrupten Aufhören sollen sie nach HOMBURGER Zeichen einer möglicherweise bestehenden Zyklothymie sein.

Die vegetative Symptomatik steht im Übergang zwischen den kindhaften Formen z.B. einer Enuresis und den vielfältigen vegetativen Störungsmustern und Depressionsäquivalenten von Jugendlichen.

In der P u b e r t ä t zeigen die Depressionen mit einer puberalen Überformung eigene Züge (NISSEN). Grübelneigung und Herabstimmung lassen den depressiven Affekt ausgeprägter erscheinen. Suizidale Impulse werden eher verwirklicht, weil zu der depressiven Verstimmung nihilistische und hoffnungsentleerte Zustände, aber auch Autoaggressionen und Agitation wie depressive Ängste hinzutreten, Pat.(39),(41),(42),(44),(45),(46),(48),(49),(57).

Zwischen hypochondrischen Ängsten und paranoischen Befürchtungen, die sich in der Pubertät mehren, besteht eine enge Beziehung. Verlust- und Trennungsängste nehmen ebenso wie Zwangsphänomene nicht weiter zu. Dafür treten Insuffizienängste vor schulischem und beruflichem, aber auch sexuellem Versagen in den Vordergrund, Pat.(24),(27),(29,(30),(33),(34),(40),(41,(42),(43),(47),(51),(53). Die im Erwachsenenalter anzutreffenden Verarmungsbefürchtungen bestehen kaum.

> Die Verbindung von Depressivität und Angst kann zu Reaktionen wie Schulschwänzen, Scheu vor Verantwortlichkeit oder Fortlaufen (Pat.(41),(42)) führen. Mit Aggressionen und "acting out" als Versuch der Angstbewältigung trägt die Angst zu depressiven Mischbildern und Atypien bei.
>
> Als Restsymptom oder Vorläufer neuer Phasen gewinnt die Angst für die Phänomenologie wie für die Prognose der Depression Bedeutung.

Vegetative Störungsbilder zeigen ein buntes und breites Spektrum der Beschwerden, Pat.(25),(28),(43),(45),(51),(55),(57).

Die Symptomatologie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter ist immer abhängig von Alter und Geschlecht (NISSEN).

> NISSEN fand im Rahmen des Symptomennetzwerkes für Mädchen Bedrücktheit mit anderen Depressionssymptomen wie Minderwertigkeitsgefühl, Außenseiterverhalten, Überangepaßtheit und leichter Erschöpfbarkeit verbunden.

Im Symptomennetzwerk für Jungen stellte NISSEN für das Symptom Affektarmut die häufigsten Kombinationen mit Kontaktschwäche, Gehemmtheit, Schulschwänzen und Tagträumen fest.
Mehrere Symptome wie Agitiertheit, Antriebsschwäche, Zwangssymptome, Hypochondrie, Suizidversuche, Schüchternheit, Bedrücktheit und Überangepaßtheit waren jeweils mit drei weiteren Depressionssymptomen untereinander verknüpft.

Um die Differentialdiagnose der Depressionen gegen andere Verhaltensstörungen oder Entwicklungskrisen, gegen Angstzustände oder schizophrene Prozesse zu begründen, muß Depressivität in einer der vielfältigen Ausdrucks- und Erscheinungsformen am psychopathologischen Geschehen beteiligt sein.
Eine manifeste Depression liegt in syndromaler Konstellation als Symptomenverband vor. Depression als einzelnes Symptom stellt meist nur einen depressiven Begleitaffekt im Rahmen anderer Störungen dar.

5. Möglichkeiten der Therapie

Die nosologische Einordnung, die Berücksichtigung der syndromalen Ausgestaltung, des Alters der Kinder und Jugendlichen und des sozialen Umfeldes entscheiden über die Art der therapeutischen Hilfestellung.

Im Kindes- und Jugendalter stehen p s y c h o t h e r a p e u t i s c h e , h e i l p ä d a g o g i s c h e und s o z i a l t h e r a p e u t i s c h e Maßnahmen im Vordergrund der Bemühungen.

Dies hat mehrere Gründe: In den meisten kindlichen und jugendlichen Depressionen bestimmen reaktive Zuflüsse das Geschehen. Auch bei endogenen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen liegen meist zusätzliche reaktive Momente vor, die therapeutisch anzugehen sind. Zudem bedarf das Kind infolge seiner Abhängigkeit von der Umwelt psychischer Führung. Eine ausschließliche Pharmakotherapie reicht gerade im Kindes- und Jugendalter in manchen Fällen auch bei endogenen Depressionen nicht aus, eine depressive Fehlentwicklung langfristig umzugestalten.

Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist vor al-

lem im Kindesalter die anteilnehmende Zuwendung des Therapeuten oder einer Bezugsperson zum Patienten, "die Fähigkeit des Therapeuten, dem Patienten empatisch zu begegnen" (SCHULTERBRAND), ohne diesen zu eng an sich zu binden und in die Gefahr der "overprotection" zu verfallen. Auf dieser Grundlage kann der Ausgleich emotionaler Mangelerlebnisse versucht und die für den kindlichen und jugendlichen Patienten notwendige positive Selbsterfahrung zum Aufbau eines Vertrauens zu sich und der Umwelt vermittelt werden.

Bei Patient (16) gelingt es dem Pfarrer durch eine intensive Zuwendung über längere Zeit hinweg den für den Patienten notwendigen Ersatz für das bedrohte und schwache Vaterbild zu geben, Ängste und Mangelerlebnisse auszugleichen.

Das Bedürfnis nach einem Ausgleich emotionaler Mangelzustände wird bei der Patientin (3) auch noch Jahre später deutlich.

Bei Patientin (34) wird die Erweiterung des Interessenkreises im Zusammenhang mit dem Aufbau tragfähiger und für die Patientin bedeutsamen Kontakte hilfreich. Diese gehen mit einer allmählichen Stabilisierung der depressiven Zustände einher.

Die Therapie der kindlichen und jugendlichen Depressivität wird in enger Zusammenarbeit mit den Eltern oder Bezugspersonen sehr individuell auf die wesentlichen "Zielsyndrome" (FREYHAN) der Patienten abgestimmt und altersentsprechend nach ätiologischen Gesichtspunkten mit speziellen heilpädagogischen Behandlungsverfahren und Übungsprogrammen in einzel- oder gruppentherapeutischer Arbeit durchgeführt.

So sucht man Desinteresse und Apathie des kindlichen oder jugendlichen Patienten durch Phantasiegeschichten, Spiel, Musik, Malen, durch Beschäftigungen, die den Fähigkeiten und Neigungen des Patienten entsprechen, zu überwinden.

Gegen Isolationstendenzen sind "mitmenschliche Kontakte, d.h. Pflege echter Freundschaft und Bindung an die eigene Familie ein wesentlicher Faktor"(KIELHOLZ).

Gehemmte depressive Kinder benötigen Ermutigung und Bestärkung ihres Selbstwertgefühls sowie Unterstützung bei der Durchsetzung berechtigter Wünsche ohne

Angst und Schuldgefühle (DÜHRSSEN, NISSEN, SCHULTZ-HENCKE).

Der Therapeut muß eine Behandlung des depressiven Kindes oder Jugendlichen nach SCHULTERBRANDT aktiv strukturieren oder die Führung öfter in die Hand nehmen als in der Psychotherapie anderer neurotischer Patienten.
Gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern oder Bezugspersonen sind Wege der Bewältigung einer depressiven Fehlentwicklung zu erarbeiten und einzuüben. Im Vordergrund steht das Bemühen, den vielfachen Ängsten dieser Kinder und Jugendlichen entgegenzuwirken und ihnen ihre Bedrohlichkeit zu nehmen. Ebenso sind Resignation und Suizidalität, die bei allen Formen des depressiven Syndroms angetroffen werden, umsichtig und gezielt anzugehen. Bei der meist geringen Belastbarkeit des depressiven Kindes und Jugendlichen sowie bei seiner Sensibilität ist auch die Entwicklung des Bewältigungsvermögens von Schwierigkeiten und belastenden Ereignissen ein wichtiges therapeutisches Anliegen.

Bei Insuffizienz-, Erwartungs- und Leistungsängsten ist die Heranführung überhöhter Erwartungen und Leistungsansprüche des Patienten an sich selbst sowie von seiten der Angehörigen an ein angemessenes Anspruchsniveau mit der Annahme eigener Möglichkeiten und Grenzen ebenso notwendig wie die Herstellung eines Realitätsbezugs bei irrealen Bedrohungs- und Verlustbefürchtungen.

Für das ältere Kind und den Jugendlichen wird die Möglichkeit einer "Auseinandersetzung mit der Situation "(NISSEN) im sozialen Umfeld sowie die Hilfestellung zur Überwindung familiärer, schulischer oder beruflicher Schwierigkeiten, von Enttäuschungserlebnissen und Verlustsituationen notwendig.

Die Therapie eines akuten, schweren depressiven Zustandes bzw. einer depressiven Krise erfordert in vielen Fällen zunächst eher die verständnisvolle Schonung des Kranken als zahlreiche Aufforderungen und Apelle an seine Willenskraft, sein Pflichtbewußtsein und seine Verantwortlichkeit (KIELHOLZ) oder sogar Strafen. Diese verschärfen nicht selten die Selbstvorwürfe, die Resignation und

Apathie des Kranken, da er durch sie stark auf seinen Zustand des Unvermögens und der "Willenslähmung" zurückverwiesen wird.
Ebenso belasten Aufheiterungs- und Zerstreuungsversuche den kindlichen und jugendlichen Patienten in dem Maße, in dem er sie nicht nachvollziehen kann.
Auch wohlmeinende psychoanalytisch ausgerichtete Bearbeitungsversuche durch Angehörige und Freunde stellen für den Patienten oft unerträgliche Belastungssituationen dar.
Im schweren akuten Depressionszustand würde eine psychoanalytische Behandlung den kindlichen oder jugendlichen Patienten zusätzlich belasten, wenngleich diese im Intervall oder im milden chronischen Depressionsverlauf indiziert sein kann.

> In der depressiven Krise brauchen die Patienten das Gefühl, von den Eltern oder Therapeuten angenommen und verstanden zu sein. Mit zunehmender Besserung wird man dem Patienten ohne Zwang eine seinem Zustand angemessene Beschäftigung anbieten, durch die er Selbstbestätigung erfahren kann.

In depressiven Krisensituationen, ganz besonders aber bei endogen - depressiven Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, wie u.U. auch zu Beginn der Therapie einer stärkeren Depression kann eine zeitweise P h a r m a k o t h e r a p i e notwendig sein, besonders um eine Hemmung oder Antriebsschwäche aufzulockern bzw. eine Stimmungsaufhellung zu erzielen und die Voraussetzungen zur Bearbeitung der depressiven Konfliktsituation zu erreichen (KUHN, NISSEN).

> Zum Einsatz kommen Tranquiliser und Neuroleptika. Aus der Gruppe der Neuroleptika haben sich für Kinder vor allem Imipramin bewährt (KUHN, NISSEN). Andere trizyklische Antidepressiva werden seltener verwendet, "da diese die Angst der Patienten verstärken oder Agitiertheit bzw. eine Verschärfung der Depression bewirken können" (STÄDELI).
>
> Die stabilisierende Wirkung des Lithiums, vor allem auf manische Phasen ist in der Kinder- und

Jugendpsychiatrie bestätigt (NISSEN). Sie zeigt sich an den Pat.(32),(33),(34),(35), kann allerdings den Suizid von Pat.(32) nicht verhindern.

Die Kombination verschiedener Medikamente ist auf wenige Einzelfälle reduziert, am ehesten wird sie bei Gabe von Lithium in ausgeprägten Angstsyndromen angewandt.
Die früher bei Jugendlichen vorgenommene Schocktherapie und Insulinbehandlung wird heute im allgemeinen nicht mehr eingesetzt (NISSEN).

Eine kausale und dauerhafte Hilfe für den Jugendlichen und besonders für das Kind ist oft nur im Z u s a m m e n w i r k e n mit den E l t e r n und E r z i e h e r n zu erreichen, vor allem, wenn die Symptome des Kindes oder Jugendlichen "Ausdruck einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung sind oder das Kind als Symptomträger psychisch gestörter Eltern dient" (NISSEN). Hier sind den Eltern neben Erziehungshilfen auch therapeutische Hilfestellung zur Bewältigung von eigenen Schwierigkeiten oder zu Verbesserungen in der familiären Sozialbeziehung zu vermitteln. Nicht immer liegen jedoch die Ursachen depressiven Versagens in einem Fehlverhalten der Bezugspersonen. Dennoch ist auch hier die Absprache, die Vermittlung und gemeinsame Erarbeitung eines Verständnisses der psychodynamischen Zusammenhänge der depressiven Störung des Kindes oder Jugendlichen notwendig, um die in der Spezialtherapie eingeleiteten Behandlungsverfahren zu unterstützen und in der familiären Situation fortzuführen. Dies ist eine wichtige Hilfe für die oft nur langfristig erreichbare Veränderung der depressiven Fehlentwicklung und die Stabilisierung des erzielten Behandlungserfolges.

Die Beratung der Eltern und des Patienten zählt neben der Betreuung von Lehrern und Lehrmeistern der depressiven Schüler und Lehrlinge auch in den Aufgabenbereich des S o z i a l a r b e i t e r s . Der Betreuer sucht"zu bewirken, daß der Patient in seiner Eigenart, in seiner Umwelt den Platz finden kann, den er auszufüllen vermag"

(STÄDELI) und Schwierigkeiten vermieden und gelöst werden können. "Der Sozialarbeiter versucht auch, den depressiven Patienten in eine Gruppe zu integrieren oder ihm zu helfen, sich an einem (wenn möglich, kontaktfördernden) Hobby zu engagieren" (STÄDELI).

Jede Therapie einer ausgeprägten kindlichen oder jugendlichen Depression, vor allem des reaktiven Formenkreises, ist langfristig durchzuführen, evtl. über Jahre hinweg (STÄDELI), zumindest jedoch "bis zum völligen Abklingen der Depression" (KIELHOLZ). Sie ist umsichtig zu konzipieren und muß mit Schwierigkeiten rechnen: mit Passivität, Ansprüchlichkeit, Ambivalenz, Empfindlichkeit, Interesselosigkeit, der Gefahr eines Therapieabbruchs von seiten des Patienten wie der Eltern, wenngleich es Kinder gibt, "die alles vermeiden würden, was zu einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung führen könnte" (NISSEN); bei diesen ist eher die Entwicklung einer Therapieabhängigkeit zu berücksichtigen.

In die Konzeption der Therapie wird neben der Berücksichtigung der vorherrschenden Erscheinungsform der kindlichen bzw. jugendlichen Depressivität nach Möglichkeit die schwerpunktmäßige Differenzierung reaktiver von endogenen Komponenten einzubeziehen sein. Meist liegen ineinandergreifende und sich gegenseitig verstärkende Dynamismen vor, die einer umfassenden Behandlung sowohl der endogenen wie der reaktiven Anteile bedürfen. So muß auch versucht werden, die Provokation von psychischen Störungen durch das Erleben einer endogenen Depression und die mit dieser im Zusammenhang auftretenden Schwierigkeiten zu verhindern. Ebenso ist den reaktiven Momenten entgegen zu treten, durch die der Verlauf und die Schwere einer endogenen Erkrankung aggraviert werden könnten.
Bei rechtzeitigem Beginn stellt die Therapie eine bedeutsame Hilfe bei der Bewältigung depressiver Fehlhaltungen und Störungen des Kindes oder Jugendlichen auch im Sinne einer psychohygienischen Prophylaxe dar.

6. Überlegungen zur Prognose

Die prognostische Beurteilung sowohl eines reaktiven wie eines endogenen Depressionsverlaufs ist im Kindes- und Jugendalter nur unter Vorbehalt möglich. Dennoch geben Beobachtungen in der Literatur wie in der vorliegenden Untersuchung Hinweise auf Faktoren, die die Prognose positiv oder negativ beeinflussen.

Die Ergebnisse in der Kasuistik zur H e r e d i t ä t weisen übereinstimmend mit dem Schrifttum eine linear absteigende Belastungshäufigkeit mit reaktiven und endogenen Depressionen in der engeren Verwandtschaft von bipolaren über unipolare zu reaktiven Depressionen auf. Depressive Syndrome in der Kindheit sind bei den Patienten der Kasuistik mit endogenen und neurotischen Störungen der Eltern relativ mehr belastet (Pat.(2),(3),(4), (6),(10)) als vergleichbare depressive Störungen älterer Kinder und Jugendlicher (Pat.(22)). Hohe hereditäre Belastungen zusammen mit wiederholten depressiven Episoden in der Präpubertät stellen nach den vorliegenden Befunden eine prognostisch ungünstige Konstellation dar (Pat.(12), (13)).

U n g ü n s t i g e i n n e r e w i e ä u ß e r e F a k t o r e n wirken sich in den verschiedenen Altersstufen negativ aus. In der vorliegenden Kasuistik wird für die depressiven Erkrankungen der Kindheit häufiger vor allem von depressiven Störungen der Mutter berichtet als für depressive Syndrome der Präpubertät und Pubertät, so daß hieraus eine stärkere induktive Wirkung für die Kindheit vermutet werden kann. Die Depressivität des Vaters erfährt in der Neuauflage des ödipalen Komplexes in der Pubertät besonders für Mädchen mit reaktiven depressiven Störungen eine Bedeutungszunahme (Pat.(40),(45), (46)) (STÄDELI). Beziehungsstörungen zur Mutter oder zum Vater sind nach STÄDELI von prognostisch ungünstigem Einfluß ebenso wie Fremdplatzierungen ohne feste Bezugsperson (im Heim), Bezugspersonenwechsel mit dem Einstieg ins

Berufsleben, uneinfühlsame und überfordernde Persönlichkeiten als Lehrer oder Lehrmeister sowie anregungsarmes Milieu.

Demgegenüber vermag eine positive Beziehung zu den Eltern oder zu einer konstanten, festen Bezugsperson, die besonderen Zugang zum Patienten hat, bzw. eine Vertrauensperson, die den Patienten immer wieder ermutigt und aktiv führt, stabilisierend auf die affektiven Befindensstörungen der Kinder und Jugendlichen auswirken und den Depressionsverlauf verbessern.

P r ä m o r b i d e W e s e n s z ü g e einer herabgesetzten Belastbarkeit, Kontaktstörung, Rückzugs- und Resignationstendenzen können zu einer rascheren Depressionsentwicklung sowohl bei der Erstmanifestation (REMSCHMIDT) wie auch aus dem Intervall heraus (CARLSON) beitragen. Als prognostisch ungünstig erwies sich in dieser Arbeit das Vorliegen einer prädepressiven Kontaktstörung. Sie fand sich bei den früh einsetzenden endogenen Erkrankungen an führender Stelle und traf häufiger als andere prämorbide Wesenszüge auch bei reaktiven Depressionen später mit suizidalen Impulsen (Pat.(34),(35),(39),(41),(42),(54)), mit Gehemmtheit und Unsicherheit (Pat.(2),(3),(52)) und mit Empfindlichkeit (Pat.(6),(41),(42),(58)) zusammen.
Ängstlichkeit kann nach REMSCHMIDT für die Prolongierung einer Depression sowie für das Auftreten einer nächsten Phase wichtig werden (Pat.(12),(32),(33),(34),(45),(50)). Auch Labilität und das Gefühl des Zurückgesetztseins ziehen sich mit großer Penetranz durch die Störungen und Erkrankungen fort (Pat.(2),(6),(58)).
Infolge einer prämorbiden "Ichschwäche" und der Neigung zur Wiederholung bestimmter depressiver Reaktionsmuster kann in der Grundtendenz der syndromalen Ausgestaltung der Depression oftmals eine Kontinuität erwartet werden, zuweilen zeigen sie auch die Gefahr einer sekundären Neu-

rotisierung und der sich daraus ergebenden Protrahierung eines depressiven Zustandes an (Pat.(2),(3),(5),(12),(13) / (6),(40),(41),(42),(54)(SCHULTE)).

Die Wirkung eines auslösenden Ereignisses ist durch die Primärpersönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen bestimmt. Bei der endogenen Depression übt das auslösende Ereignis einen im Vergleich zur neurotischen Depression meist geringeren Einfluß aus und ist hier deshalb von prognostisch geringerer Bedeutung. Die Thematik der Depression kann jedoch um das auslösende Ereignis zentriert bleiben (Pat.(2),(12),(20),(41),(42)), (HUBER, GROSS).

Als erste Auffälligkeiten im Vorfeld einer kindlichen oder jugendlichen Depression zeigten sich in der vorliegenden Kasuistik mehrfach Erregungszustände, deren Zugehörigkeit zu einer Depression sich erst später erwies (Pat.(29),(39)). Nach EGGERS können diese initialen Störungen "zwar Vorläufer einer Depression sein - jedoch nicht prodromartig - sie können sich aber ebenfalls in Richtung einer Normalisierung, einer Neurose, eines Heboids oder einer Psychopathie entwickeln".
In Einzelfällen schienen wahnhafte Symptome im Initialstadium der depressiven Erkrankung eine längere Verlaufsdauer anzuzeigen, so die Vergiftungsängste des Pat.(1) oder die paranoischen Befürchtungen von Pat.(27). STUTTE, VILLINGER und Max MÜLLER berichten von einer ungünstigen Prognose, wenn sich initial eine Manie manifestiert. Nach STUTTE "scheinen generell die mit Manien beginnenden Zyklothymien und vor allem die von initialen Depersonalisationserlebnissen, Zügen prinzipienhafter Starre, paranoischen Gedankengängen und zwangsneurotisch phobischen Zügen bestimmten zirkulären Phasen" in Richtung einer Prozeßpsychose gefährdet zu sein.

In ungünstig verlaufenden Erkrankungen der Kasuistik lagen vor allem die Symptome zunehmende Isolationstendenz

(Pat.(2),(5),(41),(42)) und paranoische Ängste (Pat.(2), (31)) vor. NISSEN eruierte, gemäß ihrem Rangwert als S y m p t o m e ungünstiger Verläufe:Grübeln, Dysphorie, Tagträume, Lernhemmung, Suizidversuche, vitale Traurigkeit, innere Unruhe, Zwangssymptome, Stimmungsschwankungen, Minderwertigkeitsgefühle, Agitiertheit, Ambivalenz und Mutismus. In ähnlicher Weise fanden FÄHNDRICH u.a. in ungünstigen Depressionsverläufen für Erwachsene vermehrt die Tendenz zur Isolation, Beziehungsideen, Depersonalisation und langdauernde Zwangssymptome vor.

Depressionen mit Drogensucht und Alkoholismus (Pat.(45), (47),(48),(56),(58)), Suiziden (Pat.(41),(42),(49)) und langdauernden Konflikten mit Angehörigen (Pat.(41),(42), (44),(45),(46),(58)) wiesen in der vorliegenden Kasuistik vielfach eine l ä n g e r e V e r l a u f s d a u e r auf. Dies entspricht den Beobachtungen von FÄHNDRICH, nach denen starke neurotische Komponenten, schwer lösbare Konfliktprobleme, aber auch Alkoholismus, unzureichende Behandlung,Einfluß von Psychopharmaka und "Organizität" im Erwachsenenalter mögliche Bedingungen von Chronifizierung und Therapieresistenz depressiver Syndrome darstellen.

Die Gefahr eines S u i z i d s besteht bei allen Formen des depressiven Syndroms, bei endogenen Erkrankungen insbesondere bei bipolaren Depressionen (Pat.(2),(4),(13), (25),(33),(34),(35)) ebenso wie bei neurotischen und reaktiven Depressionen (Pat.(17),(21),(22),(41),(45),(46), (48),(49),(54)) in der Pubertät. Dabei kommt einzelnen Merkmalen wie Angst und Agitation besondere Bedeutung zu. In der Gruppe der neurotisch und reaktiv depressiven Jugendlichen äußerten mehr als 30 % suizidale Gedanken und führten Suizidversuche durch.

Innerhalb eines I n t e r v a l ls (Pat.(32),(33)) und im Laufe verschiedener Intervalle (Pat.(24),(35)) zeigen sich oft zunehmende Stabilisierungstendenzen und Fortentwicklungen des Sozialempfindens. Im allgemeinen bleiben im Intervall keine depressiven Residualsyndrome zurück, weshalb

besonders der unipolaren endogenen Depression eine günstige Prognose zugesprochen wird. Bestehen weiterhin eine depressive Färbung, ein schwankender oder instabiler Verlauf mit Überwiegen von psychosomatischen Beschwerden, so handelt es sich bei einer solchen Chronifizierung nicht um ein irreversibles Residuum nach durchgemachter Depression sondern u.U. um eine beginnende Verfestigung von depressiven Wesenszügen, bzw. um einen nicht zum Stillstand gekommenen Prozeß. Für ständig schwankende Verläufe wie bei Pat.(14) - vor allem bei manisch - depressiven Erkrankungen - wird auf eine ungünstigere Prognose hingewiesen (ANGST, UMENHOF).

Dennoch ist die Prognose e n d o g e n e r depressiver Erkrankungen des Kindes und Jugendlichen, vor allem der unipolaren Depressionen, nicht in jedem Falle ungünstiger als die krisenhaft vertieft und protrahiert verlaufender n e u r o t i s c h e r Depressionen. Wesentlich für die Verlaufsentwicklung jeder Depression ist das Ausmaß der primär oder sekundär entstandenen Persönlichkeitsveränderungen und die Wirksamkeit endogener und exogener Belastungen.
Durch äußere Einflüsse wie durch Reifungskrisen erfährt die Symptomatik depressiver Erkrankungen vielfach eine deutliche Fortentwicklung, insbesondere um die Zeit des 17. Lebensjahres und der Adoleszenzkrise (Pat.(2),(5),(12),(13),(14),(24),(25),(26),(29),(30),(32),(33),(34),(35),(36),(38),(39),(40),(41),(42),(44),(48),(56)).

Durch äußere Einflußnahme wie durch entwicklungsbedingte Reifungsvorgänge wird einer Verfestigung depressiver Fehlhaltungen im Kindes- und Jugendalter jedoch auch entgegengewirkt und Heilungsprozesse gefördert (MALE, NAUMES). Damit ist eine p o s i t i v e Ausgangslage für ausgleichende t h e r a p e u t i s c h e Bemühungen gegeben. Gerade bei Kindern, aber auch bei Jugendlichen kann die Prognose der Depression entscheidend beeinflußt werden(SPIEL).

D. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde zunächst versucht, eine Übersicht über die verschiedenen Ansätze der Depressionsforschung zur Begriffsfrage und zur Systematik des depressiven Syndroms in Kindheit und Jugend zu geben.

Nach der Analyse der verschiedenen Inhalte des Depressionsbegriffes scheint eine Definition wie sie durch das SUBCOMMITTEE ON CLINICAL CRITERIA FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN CHILDREN erarbeitet wurde, im Kindesalter am ehesten anwendbar. Sie schließt psychosomatische wie mentale Symptome ein und fordert gewisse zeitliche Kriterien. Für das Jugendalter können Depressionsbegriffe des Erwachsenenalters übernommen werden. Die Endogenität ist immer nur aus der Zusammenschau verschiedener differentialdiagnostischer Kriterien zu erschließen. In Kindheit und Jugend tritt sie in altersspezifischer Ausprägung auf.

An kasuistischen Beispielen interessierte die Bedeutung psychodynamischer Prozesse in der Symptom- und Verlaufsentwicklung der depressiven Syndrome sowie der Vergleich der Charakteristika verschiedener Entwicklungsabschnitte insbesondere in ihrer symptomatologischen Ausgestaltung.

Unter etwa 8000 Patienten der Würzburger Nervenpoliklinik fanden sich 1698 Erwachsene und 277 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einem ausgeprägten depressiven Syndrom.

Reaktive Depressionen und endogen - phasische Depressionen zeigten in ihren Erstmanifestationen voneinander unterscheidbare Häufigkeiten.

Bei den reaktiven depressiven Störungen wurde ein relativ gleichmäßiger Häufigkeitsanstieg über die gesamte Kindheit und Jugend mit Häufigkeitsschwerpunkt bei 6 und 16 Jahren beobachtet.

Die früheste unipolar - depressive Erkrankung zeigte sich bei einem elfjährigen Jungen.
Katamnestische Angaben über den Beginn endogener Depressionen datieren bis vor das fünfte Lebensjahr zurück.

Mit 12 Jahren stellte sich eine erste Zunahme endogener Erkrankungen besonders bei Mädchen ein. Erst relativ spät, nach mehreren unipolar - depressiven Phasen entwickelten diese in der Zeit der Adoleszenz ihre endgültige bipolare Gangart.
Besonders deutlich war der Anstieg vor allem der unipolaren Depressionen bei Mädchen und Jungen sodann im 15. und 16. Lebensjahr. Diese Erkrankungen rezidivierten nach einem etwa sechsjährigen, über die Pubertät hinwegziehenden Intervall vermehrt um das 21. Lebensjahr.
Setzten endogen - depressive Erkrankungen nach dem 16. Lebensjahre ein, so wiederholten sich insbesondere die bipolaren Depressionen bereits nach einem ein- bis zweijährigen Intervall.

Eine B e l a s t u n g mit depressiven Störungen der Angehörigen, vor allem der Mutter, lag bei den depressiven Syndromen der Kindheit vergleichsweise höher als bei entsprechenden Depressionen anderer Altersstufen.
In der Pubertät entsprechen die Angaben zur Heredität denen der Literatur für das Erwachsenenalter weitgehend.

Von bipolaren über unipolare zu neurotischen und reaktiven Depressionen ergab sich eine abnehmende Belastungshäufigkeit.
Die in Präpubertät und Pubertät einsetzenden manisch - depressiven Erkrankungen wiesen mit 60 % die höchste Erbbelastung auf. Bei zwei Patienten waren die Angehörigen ebenfalls bipolar erkrankt, mehrfach bestanden unipolare Depressionen im Erbumkreis. In zwei Fällen fand sich eine mehrfache hereditäre Belastung.

Bei zwei der sieben unipolar - depressiven Jugendlichen lag eine mehrfache familiäre Belastung vor, wobei die

Mutter jeweils mitbetroffen war. Eine gleichsinnige unipolare Erkrankung der Angehörigen bestand bei zwei Jugendlichen.
Bei drei von 16 reaktiven Depressionen lagen Alkoholismus des Vaters und einmal ein Suizid einer Tante vor.
Die Anzahl depressiv verstimmter und erkrankter Mütter war insgesamt viel größer als die Zahl depressiver Väter. Sie vermindert sich bei den reaktiven depressiven Syndromen in der Pubertät.

In der Kindheit und Präpubertät waren nahezu alle, in der Pubertät etwa die Hälfte der p r ä m o r b i d gehemmten und ängstlichen Kinder durch eine depressive Störung der Angehörigen, vor allem der Mutter,belastet, was auch eine induktive Wirkung mütterlicher Depressivität vermuten läßt. Bei der Mehrzahl der kontaktgestörten und bei einigen der gehemmten Jugendlichen lagen schwierige familiäre Verhältnisse vor.

Bei den meisten Kindern und Jugendlichen fanden sich Wesenszüge, die im Vorfeld einer depressiven Fehlentwicklung lagen und teilweise einer depressiven Erkrankung vorangingen.
Fröhlichkeit und Heiterkeit wurde bei den wenigsten Kindern angegeben. In der Kindheit fanden sich mehrfach die Merkmale "stilles Kind", Ängstlichkeit und Kontaktarmut.

In der Zeit der Pubertät fielen prämorbid anankastische Strukturen und Gehemmtheit auf.
Das Spektrum prädepressiver Jugendlicher wies eine größere Mannigfaltigkeit auf als in früheren Altersstufen. Es wird vor allem von Kontaktschwäche, gesteigerter Sensibilität, Außenseitergefühlen und häufiger als zuvor von emotionaler Labilität berichtet; Ängstlichkeit erscheint nur noch selten. Agitationstendenzen werden deutlich.

Prämorbide Wesenszüge gaben häufig die R i c h t u n g d e r s p ä t e r e n S y m p t o m g e s t a l t u n g des depressiven Zustandes an.

Ängstlichkeit steigerte sich im Laufe der Depression mehrmals zu einer depressiven Angst, oft mit den Merkmalen einer Agitation oder mit paranoischen Befürchtungen. Anankastische Strukturen in der prämorbiden Entwicklung zeigten eine Beziehung zu Zwangsphänomenen, Insuffizienz und Erwartungsängsten.
Kontaktstörungen und Labilität bestanden sehr hartnäckig über verschiedene Lebensabschnitte hinweg. Kontaktschwierigkeiten führten zu extremem Rückzug, Isolation bis hin zu wiederholten Suizidversuchen. Kontaktstörungen und Benachteiligungsgefühle wurden auch in katamnestischen Berichten bevorzugt thematisiert.

Die altersentsprechende Ausgestaltung des Erscheinungsbildes ließ entwicklungsbedingte Schwerpunkte in der Symptomatologie erkennen.
Bei den depressiven Störungen der Kindheit stand die psychosomatische Komponente im Vordergrund. Sie war bei nahezu allen Kindern mit einer einfachen mentalen Symptomatik verbunden. Schwere unmotivierte Angstzustände gaben die Frage nach einer endogen - depressiven Erkrankung auf. Angstinhalte waren in dieser Altersstufe vor allem durch Trennungsbefürchtungen bestimmt.

Bei den beschriebenen Krankheitsbildern in der Präpubertät prägte sich der depressive Aspekt mit stärkeren Hemmungserscheinungen deutlicher aus. Bewußter als zuvor wird auch auf Belastungen und Leistungsansprüche mit ängstlich - resignativer Niedergeschlagenheit reagiert. Auffallend ist die Neigung zu anankastischen Verhaltensweisen. Stark depressiv gefärbte Verlustängste mit einem Bezug zu Themen der Geschlechtsentwicklung ließen ein Zusammentreffen von Entwicklungskrisen und Depressivität erkennen und zeigten in ihrer Wiederholungstendenz ebenfalls Anklänge an eine Zwanghaftigkeit. Hier fehlten begleitende vegetative Beeinträchtigungen.

Die Zunahme von Minderwertigkeitsgefühlen, Grübeltendenzen und Existenzangst, Agitation, Dysphorie, paranoischen und hypochondrischen Befürchtungen u.a. charakterisierte die Symptomenvielfalt der P u b e r t ä t . Das Zusammentreffen von Agitationstendenzen mit Nervosität, Angst und Dysphorie bewirkte u.a. verstärkte Stimmungs- und Antriebsschwankungen bis hin zu verschiedenen Mischbildern einer gesteigerten Reizbarkeit. Die hiermit verbundene Atypie der Symptomatik erschwert die differentialdiagnostische Abgrenzung zur Angstneurose wie zur Schizophrenie.
Agitative Elemente zusammen mit Depressivität, Isolationstendenzen und Kontaktschwierigkeiten sowie pubertäre Kurzschlüssigkeit erhöhten das Risiko für suizidale Handlungen. Reaktiv - depressive Jungen schienen stärker suizidal gefährdet als endogen - depressive Mädchen. Kontaktschwäche wurde in der pubertären Entwicklung zunehmend zum Problem. Eine sexuelle Thematik zeigte sich in hypochondrischen Ängsten wegen mangelnder sexueller Attraktivität, wegen Impotenz sowie in Schuldgefühlen wegen Onanie und Homosexualität.
Bei psychischer Labilität entwickelte sich in reaktiven Depressionen mehrfach eine Alkohol-und Drogenabhängigkeit.

Innerhalb der S y m p t o m e n t w i c k l u n g eines Krankheitsverlaufes ließ sich vielfach eine Kontinuität der individuellen Grundthematik von der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur an durch die verschiedenen depressiven Zustände hindurch verfolgen. Dabei sind Steigerungen in Zeiten von Reifungskrisen, insbesondere zur Zeit der Adoleszenz, möglich ebenso wie Abschwächungen der Symptomatik innerhalb der Depressionsverläufe wie auch in den Intervallen.
Diese kontinuierliche Entwicklung war ebenso wie neue Erscheinungsformen des depressiven Zustandes auch in der syndromalen Analyse der Symptomatik erkennbar.
Depressive Syndrome mit Ängstlichkeit oder Angstzuständen bestanden in Kindheit und Präpubertät in etwa glei-

chem Maße. Bei den reaktiven und neurotischen Depressionen der Pubertät nehmen sie zugunsten von Resignation und Verstimmung ab.

Hinsichtlich der P r o g n o s e zeichnete sich in der vorliegenden Kasuistik bei einer deutlich ausgeprägten, prämorbiden oder auch innerhalb der Erkrankung auftretenden Kontaktschwäche mit zunehmender Isolationstendenz öfter ein ungünstiger Verlauf mit suizidaler Gefährdung ab. Ungünstige endogene wie exogene Bedingungen wirken sich vor allem in der Zeit der Kindheit und Adoleszenz ungünstig aus.
Bei einer ausgeprägten Wahnsymptomatik in den Initialstadien schloß sich in Einzelfällen ein längerer Krankheitsverlauf an. Indizien einer längeren Verlaufsdauer bestanden u.a. in bestimmten syndromalen Konstellationen wie in zur Depression hinzukommenden ungünstigen Bedingungen v.a. durch sekundäre Neurotisierung oder schwer lösbare Konfliktsituationen.
Die Gefahr des Suizids bestand bei allen Formen des depressiven Syndroms, besonders bei bipolaren und reaktiven Depressionen der Pubertät.
Die Prognose der endogenen Depression, insbesondere der unipolaren Erkrankung, ist nicht in jedem Fall ungünstig, weil im Intervall meist eine Rückbildung der Symptomatik erfolgt und Reifungsprozesse einer Verfestigung depressiver Fehlentwicklung entgegenwirken.

Aus der Wirksamkeit psychodynamischer Prozesse gerade im Depressionsgeschehen der Kindheit und Jugend ergibt sich die Bedeutung einer kausal und syndromal ausgerichteten, umfassend konzipierten und frühzeitig eingeleiteten T h e r a p i e mit psychotherapeutischem, heilpädagogischem oder sozialtherapeutischem Ansatz. Diese therapeutischen Maßnahmen können durch eine zeitweise durchgeführte Pharmakotherapie unterstützt werden. Die stabilisierende Wirkung der Lithiumprophylaxe bei bipolaren Erkrankungen erwies sich auch in der vorliegenden Kasuistik.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ABRAHAM, K.
Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse Heft 11 S. 96, Wien 1924

2. ADLER, K.A.
Adler's individual Psychology in Wolman, B.B (ed.): A Handbook for the Practicing Psychoanalyst New York, Basic Books 1967, S. 299-337

3. AGRAS, S.
The Relationship of School Phobia to Childhood Depressions. Amer. J. Psychiat. 116, 533-36, 1959

4. AMES, L., R. METRAUX, R. WALKER
Adolescent Rorschach Responses. Harper, New York 1959

5. ANGST, J.
Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Monogr. Neurol. Psychatr. Heft 112, 111 Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1966

6. ANGST, J.
Genetische Aspekte der Depressionen in: Kielholz,P.: Depressive Zustände. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972

7. ANGST, J., C. PERRIS
Zur Nosologie endogener Depressionen. Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. Arch. Psychiat. 210, 373, 1968

8. ANNELL, A.L.
Elemantär Barn Psychiatri. Svenska Bokförlaget Norstedts Stockholm 1959

9. ANNELL, A.L.
Depressive States in Childhood and Adolescence. Almquist & Wiksell, Stockholm 1971

10. ANTHONY, E.J.
An aetiological approach to the diagnosis in childhood. Z. Kinderpsyiat. I/2, 89-96, 1958

11. ANTHONY, E.J.
Discussion of Dr. Malmquist's Chapter in: Schulterbrandt, A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977, S. 61

12. ANTHONY, J., P. SCOTT
Manic-depressive Psychosis in Childhood J. Child Psychol. Psychiat 1, 53, 1960

13. ASPERGER, H., C. GROH, F.W. ROSENMAYR
Psychotische Manifestationen bei Kindern. III. Abnorme Erlebnisverarbeitung. Paediatr. Paedol. 10, 140-50, 1975

14. AYD, F.J.
Recognition and treatment of the depressed adolescent. Md. State Med. J. 23, 76, 1974

15. BACH, W.
Beiträge zur Symtomatologie der manisch-depressiven Erkrankungen bei jugendlichen Patienten.
Allg. Zschr. f. Psychiat. 120, 139, 1942

16. BAEYER, W.v.
Situation, Jetztsein, Psychose. in: Baeyer, W.v.: Conditio humana, Springer, Berlin 1966, S.14

17. BAEYER, W.v.
Depressionszustände in Kindheit und Jugend.
in: Hippius, H.,H.Selbach: Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969, S. 361

18. BAKWIN, H.
Depression - a mood diesorder in childhood and adolescense. Md. State Med.J. 21, 55-61, 1972

19. BARKER, Ph.
Grundlagen der Kinderpsychiatrie.
Otto Maier, Ravensburg 1973

20. BARRETT, A.M.
Manic-depressive psychosis in childhood.
Int. Clin. 41, 205-217, 1931

21. BATTEGAY, R.
Narzißmus und Objektbeziehungen.
Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1977

22. BECK, A.T., B.B.SETHI, R.W. TUTHILL
Childhood bereavement and adult depression.
Arch. gen. Psychiat. 9, 295-302, 1963

23. BERNER, P.
Zur Stellung atypischer Depressionen im zyklischen Formenkreis. In: Walcher, W.: Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen.
Hollinek, Wien 1974, S. 24

24. BERKHAN, K.
Irresein bei Kindern, Correspondenzblatt der Ges. f. Psychiatrie 10, 65, 1863

25. BIERMANN, I., B. PFLUG
Ein Fall kindlicher Zyklothymie mit besonderer familiärer Belastung. Acta paedops. 40, 196, 1973

26. BIERMANN, G.
Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit. Reinhardt, München-Basel 1972

27. BIRNBAUM, K.
Der Aufbau der Psychose. Springer, Berlin 1923

28. BLEULER, E.
Lehrbuch der Psychiatrie.
1. Auflage, Springer, Berlin 1916
7. Auflage, Springer, Berlin 1943

29. BLUM, K.
Die Psychosen im Kindesalter.
Ergebn. inn. Med. 44, 45-50, 1932

30. BÖNING, J.
Assoziationszwang als dominierendes Syndrom einer endogen-depressiven Phase. Schweiz. Arch. Neurol. Neuroch. Psychiatr. 114, 351, 1974

31. BOWLBY, J.
Grief and mourning in infancy and early childhood. The psychoanalytic Study of the Child 15, 9-25, 1960

32. BOWLBY, J.
Childhood Mourning and its Implications for Psychiatry. Amer. J. Psychiat. 118, 481, 1961

33. BRADLEY, Ch.
Psychoses in Children. in: Lewis, N.D.D., B.L. Pacella: Modern trends in childpsychiatry. Int. Univ. Press, New York S. 135-155, 1945

34. BRÄUTIGAM, W.
Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung im Vorfeld der Schizophrenie.
Nervenarzt 45, 298, 1974

35. BRÄUTIGAM, W.
Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Ein Grundriß der klassischen Psychiatrie.
Thieme, Stuttgart 1969

36. BRODEY, W.M.
On the dynamics of narcissm. Psychoanal. Study Child 20, 165-193, 1965

37. BROWN, B.S.
The depressive illnesses: a research overview.
Conn. Med. 40, 775, 1976

38. BÜHLER, Ch.
Das Seelenleben des Jugendlichen.
Jena 1923, 6.Aufl. Fischer, Frankfurt 1975

39. BÜRGER-PRINZ, H.
Der Beginn der Erbpsychosen. Nervenarzt 8, 617 1935

40. BÜRGER-PRINZ, H.
Prognose kindlicher Psychosen in: Jahrbuch f. Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bd. V, Huber, Bern-Stuttgart 1967, S.36

41. BÜRGER-PRINZ, H.
Endogene Psychosen beim Kind und Jugendlichen in: Hippius,H., H. Selbach: Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 359

42. BUMKE, O.
Die Diagnose der Geisteskrankheiten.
J.F.v. Bergmann, Wiesbaden 1919

43. BUMKE, O.
Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
Springer, Berlin 1936

44. BURTON-HALL, M.
Our present knowledge about manic-depressive states in childhood. Nerv. Child 9, 319-25, 1952

45. BUSCH, H.
Diagnostik depressiver Erkrankungen in: Helmchen,H.: Depressive Syndrome. Banaschewski, München 1977, S.17

46. CARLSON, G.A., M. STROBER
Manic-depressive illness in early adolescence.
J. Am. Acad. Child Psychiatry 17, 138, 1978

47. COHEN, M.B., G. BAKER, R.A. COHEN et al
An Intensive Study of 12 Cases of Manic-depressive Process in Children.
Am. J. Psychiat. 141, 879-81, 1974

48. CONNELL, H.M.
Depression in childhood
Child psychiatry Hum. Developm. 4, 71, 1973

49. CONRAD, K.
Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart 1958

50. CORBOZ, R.J.
Gibt es Geisteskrankheiten im Kindesalter?
Schweiz. Med. Wschr. 88, 703, 1958

51. CYTRYN, L.
Discussion in: Schulterbrandt, J.G., A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977,S.64

52. CYTRYN, L., D.H.Jr. McKNEW
Proposed classification of childhood depression.
Am. J. Psychiatry 129, 149-55, 1972

53. CYTRYN, L., D.H.Jr. McKNEW
Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children.
Am. J. Psychiatry 131, 879-81, 1974

54. DAVIDSON, J.
Infantile depression in a "normal" child.
J. Am. Acad. Child Psychiatry 7, 522-35, 1968

55. DESTUNIS, G.
Die Depressionsneurose im Kindesalter.
Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 14, 398, 1962

56. DÜHRSSEN, A.
Entwicklungspsychologie und Neurosenlehre.
Prax. Kinderpsychol. 3, 8, 1954

57. DÜHRSSEN, A.
Prognose neurotischer Verhaltensstörungen bei Kindern in: Jahrbuch f. Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bd. V, Huber, Bern-Stuttgart 1967 S. 64

58. DÜHRSSEN, A.
Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 10.Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1974

59. DÜHRSSEN, A.
Psychodynamische Hypothesen zur Genese depressiver Erkrankungen in: Helmchen,H.: Depressive Syndrome Banaschewski, München 1977 S. 43

60. DWECK, C.S., R.GITTELMAN-KLEIN, W.T.McKINNEY
Summary of the Subcommittee on Clinical Criteria for Diagnosis of Depression in Children. in: Schulterbrandt, J.G., A.Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models Raven Press, New York, 1977 S. 153

61. EGGERS, C.
"Präpsychotische" Zustandsbilder des Kindesalters Mschr. Kinderhk. 122, 859-66, 1974

62. EGGERS, C.
Verlaufsweisen kindlicher und praepuberaler Shizophrenien. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Psychiatry Series Bd. 9 Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1974

63. EGGERS, C.
Depressive Syndrome im Kindesalter, Fortschr. Med. 95, 1082, 1977

64. EMMINGHAUS, H.
Psychische Störungen im Kindesalter. Tübingen 1887

65. ERIKSON, E.H.
Kindheit und Gesellschaft. 6.Aufl. Klett, Stuttgart 1976

66. EVANS, J.
Depression in Adolescents. Proc. R. Soc. Med. 68, 565, 1975

67. EY, H. et al
Manuel de Psychiatrie. Masson, Paris 1967

68. FÄHNDRICH, E.
Behandlung chronischer und therapieresistenter Depressionen in: Helmchen,H.: Depressive Syndrome Banaschewski, München 1977 S.68

69. FEER, H.
Depressionen mit überraschendem Ende. Schweiz.Med. Wchschr. 107, 60, 1977

70. FERENCZI, S.
The unwelcome child and his death instinct. Int. J. sec. Psychiat. 10, 125, 1929

71. FOULDS, G.A.
The relationship between the depressive illnesses Brit. J. Psychiat. 123, 531, 1973

72. FRANKL, V.E.
Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Herder,Freiburg 1972

73. FREDERKING, U.
Emotionale Bedingungen von Verhaltensstörungen 10-jähriger Schulkinder. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 24, 258, 1976

74. FRENCH, A.P.
Family dynamics, childhood depression and attempted suicide in a 7 year old boy. Suicide 5,29,1975

75. FREUD, A.
Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München 1936

76. FREUD, S.
Trauer und Melancholie. Ges. Werke Bd. XII 1917

77. FREYHAN, F.A.
Depressionsforschung: Klärung oder Verdunkelung. in: Hippius, H., H.Selbach: Das depressive Syndrom Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 211

78. FRIEDMANN, M.
Zur Kenntnis der affektiven Psychosen, besonders im Kindesalter. Mschr. f. Psychiat.26,36,1909

79. FROMM, E.
Individual and social origins of neurosis. in: Rose, A.M.(ed): Mental Health and Mental Disorder, a sociological approach. Norton & Co, New York 1955 S. 286

80. FROMMER, E.A.
Depressive illness in Childhood. in: Coppen, A., A.Walk (ed): Recent developments in affective disorder. Brit. Psychiat. Spec. Publication no.2, London RMPA 1968 S. 117

81. GÄDEKE, R., J.GEHRMANN
Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Enke, Stuttgart 1973

82. GEBSATTEL, V.E.v.
Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. in: Straus,E., J.Zutt, H.Sattes: Die Wahnwelten. Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1963 S. 352

83. GITTELMAN-KLEIN, R.
Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. in: Schulterbrandt, J.G., A.Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977, S. 69-80

84. GLASER, K.
Masked depression in children and adolescents. Am. J. Psychother. 5, 565, 1967

85. GLATZEL, J.
Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklothymer Verstimmungen. Thieme, Stuttgart 1973

86. GLATZEL, J.
Situationspsychologie und Endogenität bei depressiven Psychosen in: Walcher, W.: Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen. Hollinek, Wien 1974 S. 89

87. GLATZEL, J., HUBER, G.
Zur Phänomenologie eines Typs endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome. Psychiat. Clin. 1, 15-31, 1968

88. GOTTGETREU, H.
Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Allg. Zschr. f. Psychiat. 62, 759, 1905

89. GRAGE, H.
Zur Differentialdiagnose der endogenen Psychosen des Kindesalters. Psych. Neurol. Med. Psychol. 5, 29, 1953

90. GREGER, I., K.D. WALDMANN, H.SOMMER, U. LIEBSCH
Zur Frage des Symptomenwandels bei der endogenen Depression. Z. ärzt. Fortb. 68, 1196, 1974

91. GRIESINGER, W.
Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten Krabbe, Stuttgart 1845

92. GRUHLE, H.W.
Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 2.Aufl. 1952

93. GRUHLE, H.W.
Verstehen und Einfühlen. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1952

94. GRUNEBAUM, H., J.L. WEISS, D. GALLANT, B.J. COHLER
Attention in young children of psychotic mothers Am. J. Psychiat. 131, 887, 1974

95. GRUNEBAUM, H. et al
Children of depressed and schizophrenic mothers. Child Psychiat. Hum. Dev. 8, 219-28, 1978

96. GUEBALY, N. el
Manic-depressive Psychosis and Drug Abuse. Canad. Psychiatr. Assoc. J. 20, 597, 1975

97. HÄFNER, H.
Die existentielle Depression. Arch. Psychiat. Nervenkr. 191, 351-64, 1954

98. HALL, M.B.
Our present knowledge about manic-depressive state in childhood. Nerv. Child 9, 319, 1952

99. HARBAUER, H.
Endogene Psychosen im Kindesalter in: Huber,G., H.Kranz: Schizophrenie und Zyklothymie. Thieme, Stuttgart 1969 S. 39

100. HARBAUER, H.
Einführung in die Kinderpsychiatrie. Deutscher Ärzte Verlag, Köln-Lövenisch 1975

101. HARBAUER, H., R. LEMPP, G. NISSEN, P. STRUNK
Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie 3.Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1976

102. HELMCHEN, H.
Häufigkeit depressiver Erkrankungen. Münch. med. Wchschr. 119, 802-6, 1977

103. HENRY, W.D.
Psychiatric problems of late adolescence. Nursing Mirror 142, 57-60, 1977

104. HIPPIUS, H., H. SELBACH
Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969

105. HOFMANN, G., H. BERGMANN, E. GABRIEL, H. KATSCHNIK, L. REITER, H. SCHUBERT, A. SPRINGER
Auslösesituation und Krisenfeld bei psychogenen und endogenen Depressionen, sowie bei endogenen Depressionen mit umschriebener neurotischer Symptomatik. in: Walcher, W.: Probleme der Provokation und Therapie depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1974 S.55

106. HOFFMANN, N. et al
Depressives Verhalten. Otto Müller, Salzburg 1976

107. HOLE, G.
Grundzüge der Depressionsdiagnostik. Med. Monatsschr. 22, 443, 1968

108. HOMBURGER, A.
Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters unveränderter Nachdruck der Ausgabe 1926, Darmstadt 1967

109. HUBER, G., H. KRANZ
Schizophrenie und Zyklothymie. Thieme,Stuttgart 1969

110. HUBER, G., G. GROSS
Auslösung von Psychosen durch psychische und somatische Faktoren in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971

111. HUTTER, A.
Endogene und funktionelle Psychosen bei Kindern in den Pubertätsjahren, im besonderen die Mania degenerativa und die Paraphrenia phantastica. Z.f.Kinderpsychiatr. 5, 97-102, 129-136, 1938

112. JACOBSON, E.
Depression. Int. Univ. Press, New York 1971

113. JANZARIK, W.
Dynamische Grundkonstellationene in endogenen Psychosen. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959

114. JANZARIK, W.
Das depressive Syndrom, strukturdynamisch gesehen in: Hippius, H., H.Selbach: Das depressive Syndrom Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 439

115. KANNER, L.
Child Psychiatry. 3.Aufl. Blackwell,Oxford 1957

116. KENDELL, R.E.
The Classification of Depressions: A Review of Contemporary Confusion. Brit. J. Psychiat. 129, 15-28, 1976

117. KIELHOLZ, P.
Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. Lehmanns, München 1965

118. KIELHOLZ, P.
Klassifizierung der depressiven Verstimmungszustände in: Hippius, H., H. Selbach: Das depressive Syndrom . Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 341

119. KIELHOLZ, P.
Depressive Zustände. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972

120. KIELHOLZ, P.
Die larvierte Depression. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1973

121. KIELHOLZ, P.
Die Depression in der täglichen Praxis. Huber, Bern Stuttgart-Wien 1974

122. KIELHOLZ, P., C. ADAMS
Die Depression und ihre Behandlung. Deutsches Ärzteblatt 9, 493, 1978

123. KIELHOLZ, P.(ed.)
Weihnachten - die programmierte Depression? Arche, Zürich 1979

124. KINKELIN, M.
Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.73,100,1954

125. KLEIN, M.
A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. Int.J.Psycho-Analysis 16, 44-71, 1935

126. KLEIN, M.
Das Seelenleben des Kleinkindes. Klett,Stuttgart 1962

127. KRAEPELIN, E.
Compendium der Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig 1893

128. KRAEPELIN, E.,J. LANGE
Psychiatrie Bd. I, II, 9. Aufl. 1927

129. KRETSCHMER, E.
Körperbau und Charakter. 12.Aufl. Springer,Berlin 1936

130. KRETSCHMER,W.
Reifung als Grund von Krise und Psychose. Thieme, Stuttgart 1972

131. KREVELEN, D.A.v.
Nederl. Leerboek der speciele Kinderpsychiatrie. Stenfert Kroese, Leiden 1952

132. KOLVIN, I., C. OUNSTED, L.M. RICHARDSON, R.F. GARSIDE
The family and social background in childhood psychoses. Brit. J. Psychiat. 118, 396-402, 1971

133. KOVACS, M., A.T. BECK
An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression in: Schulterbrandt, J.G., A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977 S.1

134. KUHN, R.
Über kindliche Depressionen und ihre Behandlung Schweiz. Med. Wchschr. 93, 86-90, 1963

135. KUHN-GEBHARDT, V.
Erfahrungen mit einem neuen Antidepressivum bei der Behandlung von Kindern in: Kielholz, P.: Depressive Zustände. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972 S.230

136. KUTTER, P.
Psychiatrische Krankheitsbilder in: Loch, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hirzel, Stuttgart 1971 S. 163

137. LANGE, J.
Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution in: Bumke, O. (ed.): Handbuch der Geisteskrankheiten Bd.IV Springer, Berlin 1928 S. 1-231

138. LANGENMAYR, A.
Geschwisterkonstellation und Neurosestruktur. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 24, 41, 1976

139. LEBOVICI, S., R. DIATKINE
Essai d'approche de la notion de propsychose en psychiatrie infantile. Bull. Psychol.(Paris) 17, 20, 1963

140. LEFKOWITZ, M.
Discussion of Dr. Gittelman-Klein's Chapter in: Schulterbrandt, J.G., A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models Raven Press, New York 1977 S. 81-85

141. LEMPP, R.
Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 3.Aufl. 1975

142. LEMPP, R.
Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Störung des Realitätsbezugs Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1973

143. LEMPP, R.
Warum ist unsere Schule zum führenden pathogenen Faktor für Verhaltensstörungen geworden? in: Ehrhardt, H.E.(ed.): Aggressivität, Dissozialität, Psychohygiene. Bern 1975 S.180

144. LEMPP, R.
Der Auslesedruck der Schule in kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht in: Flitner, A.(ed.): Der Numerus clausus und seine Folgen. Stuttgart 1976 S. 46

145. LEONHARD, K.
Die Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin 1957

146. LEWIS, A.J.
States of depression: their clinical and aetiological differentiation. Brit. Med. J. 80, 875, 1938

147. LING, W., G. OFTEDAL, W. WEINBERG
Depressive Illness in childhood presenting as severe headache. Am.J.Dis.Child 120, 122-24, 1970

148. LOCH, W.
Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv-psychotischer Zustandsbilder. Psyche 10-11, 158-79, 1967

149. LOCH, W.
Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Eine Einführung. Hirzel, Stuttgart 1971

150. LOPEZ IBOR, J.J.
Larvierte Depression und depressive Äquivalente in: Kielholz, P.: Depressive Zustände. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972 S. 38

151. LÜTZENKIRCHEN, J., J. BÖNING
Anorektisches Syndrom und Depression. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 118, 175-84, 1976

152. LUXENBURGER, H.
Die Kriminalität des Volksschulkindes. Med. Klin. 13, 535,1963

153. MAHLER, M.S.
Über Psychose und Schizophrenie im Kindesalter. Autistische und symbiontische Psychosen. Psyche 21, 895, 1952

154. MAHLER, M.S.
On sadness and grief in infancy and childhood in: The Psychoanalytic Study of the Child 16, 332, 1961

155. MAKITA, K.
The rarity of "Depression" in childhood. Acta paedopsychiat. 40, 37, 1973

156. MALE, P.
Psychotherapie bei Jugendlichen. Kindler, München 1976

157. MALMQUIST, C.P.
Depressions in childhood and adolescence - part I and II - N.Engl.J.Med. 284, 887-93, 955-61, 1971

158. MASTERSON, J.F.
Depression in the adolescent disorder. Proc. Am. Psychopath. Assoc. 59, 242, 1970

159. MATUSSEK, P., A. HALBACH, U. TROEGER
Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. Urban & Schwarzenberg, München Berlin 1965

160. McCONVILLE, B.J., L.C. BOAG, A.P. PUROHIT
Mourning depressive responses of children in residence following sudden death of parent figures. J. Am. Acad. Child Psychiat. 11, 341, 1972

161. McCONVILLE, B.J., L.C. BOAG, A.P. PUROHIT
Three types of childhood depression. Canad. Psychiat. Assoc. J. 18, 133, 1973

162. McKNEW, D.H.Jr., L. CYTRYN
Historical background in children with affective disorders. Am. J. Psychiatry 130, 1278, 1974

163. MEIERHOFER, M., W. KELLER
Frustration im frühen Kindesalter. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 2. Aufl. 1970

164. MEVES, Ch.
Die Schulnöte unserer Kinder. Hamburg 1969

165. MEYER, H.H.
Statistisches zur Frage der Auslösung endogener Psychosen. Nervenarzt 24, 498, 1953

166. MEYENDORF, R.
Depressive Psychose, lebensgeschichtliche Situation und neurotischer Konflikt in: Walcher, W.: Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen. Hollinek, Wien 1974 S. 113

167. MEYENDORF, R.
Larvierte Depression. Klinik, geschichtlicher Wandel des Begriffs und Therapie. Med. Welt 28, 1754,1977

168. MITSCHERLICH, A.
Krankheit als Konflikt. Ed Suhrkamp, Frankfurt 1966

169. MODESTIN, J.
Das Problem der maskierten Depression. Schweiz. Med. Wchschr. 105, 97. 1975

170. MOHR, P.
Kindliche Schizophrenie. Schweiz. Med. Wschschr. 37, 856, 1949

171. MÜLLER-FAHLBUSCH, H.
Über situative Provokation endogener depressiver Phasen. Med. Welt 23, 919. 1972

172. MÜLLER-OERLINGSHAUSEN, B.
Mehrfachmedikation bei Therapie und Prophylaxe depressiver Erkrankungen in: Helmchen, H.: Depressive Syndrome. Banaschewski, München 1977 S.76

173. NAUMES, I.
Endogene Depressionen bei Kindern und depressive Symptome in kindlichen Neurosen. Würzburg, Med. Diss. 1966

174. NIEDERMEYER, E.
Die Depression - ein Vergleich amerikanischer und deutscher Auffassungen in: Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Karger, Basel 1967

175. NISSEN, G.
Depressive und hypochondrische Störungen im Kindesalter. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 1, 6-14, 1967

176. NISSEN, G.
Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie Bd. IV Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1971

177. NISSEN, G.
Die larvierte Depression bei Kindern und Jugendlichen in: Kielholz, P.: Die larvierte Depression Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1973 S. 141

178. NISSEN, G.
Affektive Psychosen in der Adolescenz. Nervenarzt 46, 302, 1975

179. NISSEN, G.
Larvierte Depression bei Kindern? Acta paedopsychiat. 41, 235-42, 1975

180. NISSEN, G.
Pubertätskrisen und Störungen der psycho-sexuellen Entwicklung in: Harbauer, H., R. Lempp. G. Nissen P. Strunk: Lehrbuvh der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1976 S. 105

181. NISSEN, G.
Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik in: Harbauer, H., R. Lempp, G. Nissen P. Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1976 S. 105

182. NISSEN, G.
Psychopathologie des Kindesalters. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt 1977

183. NISSEN, G.
Erscheinungsformen depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in: Helmchen, H.: Depressive Syndrome, Banaschewski, München 1977 S. 27

184. NISSEN, G.
Das depressive Kind. Mschr. Kinderheilk. 126, 463-471, 1978

185. NISSEN, G., P. STRUNK
Seelische Fehlentwicklung im Kindesalter und Gesellschaftsstruktur. Luchterhand Arbeitsmittel, Neuwied Berlin 1974

186. NYSTRÖM, S., B. LINDEGARD
Depression: Disponierende Faktoren. Acta Psychiat. Scand. 51, 77-87, 1975

187. ÖZEK, M.
Soziale Umstrkturierung als Provokationsfaktor depressiver Psychosen in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971 S. 109

188. PAPPENHEIM, M.
zit. in Bach, W.: Beiträge zur Symptomatologie der manisch-depressiven Erkrankung bei jugendlichen Patienten. Allg. Zschr. f. Psychiat. 120,139,1942

189. PAULEIKHOFF, B.
Über die Bedeutung der situativen Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 197, 669, 1958

190. PAULEIKHOFF, B.
Grundfragen der Provokation depressiver Psychosen in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971 S.9

191. PAYK, Th.R.
Zwangssymtome im Verlauf endogener Psychosen. Nervenarzt 47, 343-46, 1976

192. PEIPER, A.
Quellen zur Geschichte der Kinderheilkunde Huber, Bern-Stuttgart 1966

193. PETERS, U.H.
Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977

194. PIEPER, R.
Die sogenannten konstitutionellen Depressionen bei Kindern. Z. Kinderforschung 48, 116-41, 1940

195. PETRILOWITSCH, N.
Zyklothymie und endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 526-624, 1964

196. PICHOT, P.
Diskussionsbemerkung in: Kielholz, P.: Die larvierte Depression Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1973 S.284

197. PINKERTON, P.
Paediatric psychiatry in perspective. The Practitioner 210, 15, 1973

198. POZNANSKI, E.D., V. KRAHENBUHL, J.P. ZRULL
Childhood depression. Am. Acad. Child Psychiat. 15, 491, 1977

199. POZNANSKI, E.D., J.P. ZRULL
Childhood depression, clinical characteristics of overtly depressed children. Arch. gen. Psychiat. 23, 8-15, 1970

200. PUTNAM, M., B. RANK, S. KAPLAN
A case of primal depression in an infant. in: Psychoanalytic Study of the Child, Vol 6, 38-58,1951

201. RASKIN, A.
Depression in Children: Fact or Fallacy? in:Schulterbrandt, J.G., A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977 S. 141

202. REMPLEIN, H.
Die seelische Fehlentwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter Reinhardt, München-Basel 1965

203. REMSCHMIDT, H., B. BRECHTEL, F. MEWE
Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen. Acta paedopsychiat. 40, 2-17, 1973

204. REMSCHMIDT, H., J. DAUNER
Zur Ätiologie und Differentialdiagnose depressiver Zustandsbilder bei Kindern und Jugendlichen Jahrb. Jugendpsychiat. VIII, 13-45, 1971

205. REMSCHMIDT, H., P. STRUNK, Ch. METHNER, E. TEGELER
Kinder endogen-depressiver Eltern - Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeit Fortschr. Neurol. Psychiat. 41,326-40, 1973

206. RENSHAW, D.C.
Depression in the 70's. Dis. nerv. syst. 34, 241, 1973

207. RICHTER, H.W., H. MÜLLER-FAHLBUSCH
Arten des Beginns depressiver Psychosen in:Walcher W.: Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen. Hollinek, Wien 1974 S. 69

208. RIE, H.E.
Depression in childhood - a survey of some pertinent contributions. J.Am. Acad. Child Psychiat. 5,653-85 1966

209. RIEMANN, F.
Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens Reinhardt, München-Basel 1961

210. RIDEAU, A.
Les états depressivs du débile profond jeune in: Annell, A.L.(ed.): Depressive States in Childhood and Adolescence. Almquist & Wiksel, Stockholm 1971

211. RISTIĆ, J., J. VESEL
Die Grenzen des Normalen und des Pathologischen in der Trauerreaktion in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971 S. 81

212. ROME, H.P.
Das depressive Syndrom - seine sozialpsychiatrischen Implikationen in: Kielholz, P.: Die larvierte Depression Huber, Wien 1973 S. 14

213. RÜGER, U.
Kombination von Medikation und Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen in: Hilmchen, H.: Depressive Syndrome Banaschewski, München 1977 S. 94

214. RÜMKE, H.C.
Über Psychosen bei Kindern, im Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet. Z.Ges. Neurol. Psychiat. 114,112,1928

215. RUTTER, M.
Children of sick parents. Oxford University Press London 1966

216. SARTORIUS, N.
Epidemiologie depressiver Erkrankungen in: Helmchen, H.: Depressive Syndrome. Banaschewski, München 1977 S.9

217. SCHARFETTER, Ch.
Symbiontische Psychosen. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1970

218. SCHARFETTER, Ch.
Allgemeine Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1976

219. SCHEPANK, H.
Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1974

220. SCHILDER, P.
Reaction types resembling functional psychosis in childhood. Ment. Hyg. (New York) 19, 439, 1935

221. SCHILDKRAUT, J.J.
The Catecholamin Hypothesis of Affective Disorders A Review of Supporting Evidence. Am. J. Psychiat. 122, 509, 1965

222. SCHIPKOWENSKI, N.
Reaktive Melancholie in gerichtspsychiatrischer Sicht in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Hollinek, Wien 1971 S. 187

223. SCHMID, P.
Über die Fragwürdigkeit der Diagnose "Psychopathie" Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 25, 228, 1976

224. SCHNEIDER, K.
Die Aufdeckung des Daseins durch die zyklothyme Depression. Nervenarzt 21, 193-4, 1950

225. SCHNEIDER, K.
Klinische Psychopathologie 9.Aufl. Thieme, Stuttgart 1970

226. SCHULTE, W.
Zum Problem der Protrahierten melancholischen Phasen in: Schulte, W., W. Mende: Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Thieme, Stuttgart 1969 S. 17

227. SCHULTE, W.
Zum Problem der Provokation und Kupierung von melancholischen Phasen in: Walcher, W.: Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971 S. 15

228. SCHULTE, W., W. MENDE
Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Thieme, Stuttgart 1969

229. SCHULTE, W., R. TÖLLE
Psychiatrie. 4.Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg New York 1977

230. SCHULTERBRANDT, J.G., A. RASKIN
Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment,and Conceptual Models. Raven Press, New York 1977

231. SCHULTZ, J. H.
Grundfragen der Neurosenlehre. Thieme, Stuttgart 1955

232. SCHULTZ-HENCKE, H.
Der gehemmte Mensch Leipzig 1940

233. SCHULTZ- HENCKE, H.
Einführung in die Psychoanalyse Fischer, Stuttgart 1927

234. SEITZ, H.
Beitrag zur Lehre und zur Klinik des manisch-depressiven Irreseins im Kindes- und Jugendalter. Marburg, Med. Diss. 1962

235. SELIGMAN, M.E.P.
Helplessness Freeman, San Francisco 1975

236. SHAPIRO, R.W.
A Twin Study of Non-Endogenous Depression. Acta jutland 42, Nr.2, 1970

237. SLATER, E.
Zur Erbpathologie des manisch-depressiven Irreseins Die Eltern und Kinder von Manisch-Depressiven. Zentralbl. Neur. Psychiatr. Bd. 91, 489, 1939

238. SPERLING, M.
Depressive Äquivalente bei Kindern. Prax. Kinderpsychol. 9, 7-11, 1960

239. SPIEGELBERG, U.
Depressive Syndrome aus der Sicht psychosomatischer Klinik und Forschung in: Hippius, H., H. Selbach: Das depressive Syndrom Urban & Schwarzenberg, Berlin-München-Wien 1969 S. 505

240. SPIEL, W.
Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters Karger, Basel-New York 1961

241. SPIEL, W.
Depressive Zustandsbilder im Kindes- und Jugendalter in: Schulte, W., W. Mende: Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung Thieme, Stuttgart 1969 S. 209

242. SPIEL, W.
Therapie in der Kinder-und Jugendpsychiatrie Thieme, Stuttgart 1976

243. SPITZ, R.A.
Ananclitic Depression: The Psychoanalytic Study of the Child Vol. 2, 113, 1946

244. SPITZ, R.A.
Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, Stuttgart 1976, 5. Aufl.

245. STAMMLER, A.
Die Behandlung der endogenen Depression. Therapiewoche 27, 4093-100, 1977

246. STÄDELI, H. (Hrsg.)
Die chronische Depression beim Kind und beim Jugendlichen. Huber-Bern-Stuttgart-Wien 1978

247. STENSTEDT, A.
A Study in Manic-depressive Psychosis. Clinical, Social and Genetic Investigation. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 79, 1952

248. STENSTEDT, A.
Drei genetische Untersuchungen von psychischen Depressionen. in: Hippius, H., H. Selbach: Das depressive Syndrom Urban u.Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 29

249. STERN, E.
Über Verhaltens- und Charakterstörungen bei Kindern und Jugendlichen Rascher, Zürich 1953

250. STOCKERT, F.G.v.
Klinik der Psychosen im Kindesalter. Wien. med. Wchschr. 62, 831, 1950

251. STOCKERT, F.G.v.
Psychosen im Kindesalter. Jahrbuch für Jugend-Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 1956 S. 223

252. STOCKERT, F.G.v.
Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 4.Aufl. 1967

253. STRÖMGREN, E.
Klassifizierung der Depressionen in: Hippius, H. H. Selbach: Das depressive Syndrom Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S.347

254. STROHMEYER, W.
Die Psychopathologie des Kindesalters. Bergmann, München 1923

255. STRUNK, P.
Zur Differentialdiagnose zwischen endogenen und psychogenen Psychosen in der Pubertät in:Förster E., K.H. Wewetzer: Systematik der psychogenen Störungen Huber, Bern-Stuttgart 1968 S. 122

256. STRUNK, P.
Formenkreis der endogenen Psychosen in: Harbauer H. et al.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie Springer, Berlin-Heidelberg New York 1976 S. 393

257. STUTTE, H.
Endogen-phasische Psychosen des Kindesalters. Acta paedopsychiat. 30, 34-42, 1963

258. STUTTE, H.
Psychosen im Kindeslater und in der Pubertät. Med. Klin. 13, 526, 1963

259. STUTTE, H.
Psychosen des Kindesalters in:Opitz, H., F. Schmidt: Handbuch der Kinderheilkunde Bd.VIII/1 Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1969 S. 908

260. SUBCOMMITTEE ON CLINICAL CRITERIA FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN CHILDREN
in: Schulterbrandt, J.G.,A.Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models, Raven Press, New York 1977

261. SULLIVAN, H.S.
Clinical Sudies in Psychiatry. W.W.Norton & Co, New York 1956 S. 297

262. TELLENBACH, H.
Melancholie, Springer, Berlin-Göttigen-Heidelberg 1961

263. TELLENBACH, H.
Endogenität und Systematik der Melancholie in: Walcher, W.: Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1974 S. 15

264. THOMAE, H.
Die Periodik im kindlichen Verhalten. Verlag für Psychol. Hogrefe, Göttingen 1957

265. TOOLAN, J.M.
Depression in children and adolescents. Am. J. Orthopsychiat. 32, 402-415, 1962

266. TRAMER, M.
Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und der Adoleszens. 4.Aufl. Schwabe & Co, Basel-Stuttgart 1964

267. UMENHOF, D.
Zur Prognose der manisch-depressiven Erkrankung bei Jugendlichen. Würzburg, Med. Diss. 1963

268. VILLINGER, W.
Seelische Störungen im Kindesalter in: Weygandt, W., H. Gruhle: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle 1952

269. VOELKEL, A.
Vorwort in: Helmchen, H.: Depressive Syndrome. Banaschewski, München 1977 S.5

270. VOELKEL, H.
Neurotische Depression. Thieme, Stuttgart 1959

271. VRONO, M.S.
Über einige Besonderheiten der Depression bei kindlichen Schizophrenien. Acta paedopsychiat. 41, 218-23, 1975

272. WALCHER, W.
Probleme der Provokation depressiver Psychosen Hollinek, Wien 1971

273. WALCHER, W.
Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen. Hollinek, Wien 1974

274. WARNEKE, L.
A case of manic-depressive illness in childhood. Canad. Psychiat. Assoc. J. Vol 20 no. 3 S. 195 1975

275. WEBER, A.
Depressive Zustandsbilder und ihre Behandlung im Kindesalter. Therap. Umschau 25, 685-90, 1968

276. WEINBERG, W.A., J. RUTMANN, L. SULLIVAN u.a.
Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis treatment. J.Paediatr. 83, 1065-72, 1973

277. WEISS, A.L.
Die Bedeutung der mitmenschlichen Umgebung für depressive Reaktionen bei psychoorganisch gestörten Kindern. Acta paedopsych. 40, 17-37, 1973

278. WEITBRECHT, H.J.
Offene Probleme bei affectiven Psychosen. Nervenarzt 24, 187, 1953

279. WEITBRECHT, H.J.
Depressive Reaktionen und die Rolle des Reaktiven bei endogenen Depressionen. Deutsches Ärzteblatt 42, 2903, 1975

280. WINZENRIED, F. J. M.
Beziehungen periodischer Verhaltens- und Befindensstörungen in Kindes- und Jugendalter zu den endogenen Psychosen in: Hippius, H., H.Selbach: Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969 S. 379

281. WINOKUR, G., R. CADORET, J. DORZAB, M. BAKER
Depressive disease: a genetic study. Arch. gen. Psychiat. 24, 135, 1971

282. ZAL, H.M.
Adolescent depression: an overview, J. Am. Osteopath. Assoc. 71, 342-8, 1972

283. ZEH, W.
Endogene Psychosen und abnorme seelische Zustände im Jugendalter. Fortschr. Neurol. Psychiat. 27, 54-72, 1959

284. ZELLER, W.
Über die psychophysische Entwicklung des Kindes. Stud. Gen. V, 5, 1952

285. ZERBIN-RÜDIN, E.
Genetische Aspekte der endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 39, 459-94, 1971

286. ZIEHEN, Th.
Die Geisteskrankheiten einschließlich des Schwachsinns und die psychopathischen Konstitutionen im Kindesalter, Berlin 1926

287. ZÜBLIN, W.
Das schwierige Kind. Thieme, Stuttgart 1975

Für die Überlassung des Themas und die wertvollen Anregungen bei der Durchführung der Arbeit möchte ich Frau Professor Dr. med. E. G e i s l e r meinen herzlichen Dank aussprechen.

Herrn Professor Dr. O. S c h r a p p e danke ich für die Möglichkeit, die Arbeit nach den Krankenblattaufzeichnungen der Universitäts - Nervenklinik und Poliklinik Würzburg durchzuführen und für die Übernahme des Korreferates.

L e b e n s l a u f

Am 23. Dezember 1952 wurde ich als älteste Tochter des jetzigen Baudirektors Dipl.Ing. Franz Weiermann und seiner Ehefrau Gertrud, geb. Willin, in Würzburg geboren.

Von 1959 bis 1963 besuchte ich in Würzburg die Volksschule, wechselte dann auf das Gymnasium der St. Ursulaschule Würzburg über, wo ich 1972 die Reifeprüfung ablegte.

Das zum Wintersemester 1972/73 an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg begonnene Studium der Diplom-Pädagogik setzte ich auch nach dem Beginn meines Medizin-Studiums an der gleichen Universität im Wintersemester 1973/74 als Zweitstudium fort.
Im August 1975 bestand ich das Physikum, studierte dann zwei Semester an der Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, wo ich im August 1976 den ersten Teil der Ärztlichen Prüfung ablegte. Anschließend führte ich mein Studium wieder in Würzburg fort, wo ich im März 1979 den zweiten Abschnitt des Medizinischen Staatsexamens bestand.
Im Praktischen Jahr war ich an den Universitätskliniken Würzburg in den Pflichtfächern Innere Medizin und Chirurgie sowie im Wahlfach Neurologie tätig.
Im Mai 1980 schloß ich mit dem dritten Teil des Medizinischen Staatsexamens in Würzburg mein Studium ab.

Würzburg, den 1. Juli 1980

Gertrud Weiermann